

## **СанПиН 3.3686-21 Раздел XXXII**

### **Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи**

Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 № 4 "Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней" (Зарегистрирован 15.02.2021 № 62500) Дата опубликования: 18.02.2021 Номер опубликования: 0001202102180019 Полный текст документа доступен по этой ссылке.

В соответствии со статьей 39 Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 14, ст. 1650; 2020, № 29, ст. 4504), 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; 2005, №39, ст. 3953) постановляю:

- Утвердить санитарные правила и нормы СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» (приложение).
- Ввести в действие санитарные правила и нормы СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» с 01.09.2021.
- Установить срок действия санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» до 01.09.2027.

## **СанПиН 3.3686-21 Раздел XXXII**

### **Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи**

3394. К инфекциям, связанным с оказанием медицинской помощи (ИСМП), относят любое инфекционное заболевание, развившееся у пациента в связи с оказанием ему любых видов медицинской помощи (в медицинских организациях, осуществляющих оказание медицинской помощи в стационарных условиях, амбулаторно, в том числе на дому, в условиях дневного стационара и вне медицинской организации, в организациях социального обслуживания, в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, санаторно-оздоровительных организациях и других), а также случаи заражения инфекционными болезнями медицинских работников в результате их профессиональной деятельности.

3395. Внутрибольничные инфекции (ВБИ) представляют собой любые инфекционные заболевания (состояния), возникшие в МО (и не имевшиеся до обращения за медицинской помощью, в том числе в инкубационном периоде) и проявившиеся в условиях МО или вне МО в течение периода инкубации, а также инфекционное заболевание (состояние) сотрудника МО вследствие его инфицирования при выполнении трудовых обязанностей. Внутрибольничные инфекции являются частью ИСМП.

3396. Диагноз ИСМП устанавливается на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных.

3397. Возбудителями ИСМП могут быть: бактерии, риккетсии, вирусы, прионы, грибы, простейшие, эктопаразиты. Наиболее часто этиологическими агентами ИСМП являются условно-патогенные микроорганизмы из группы ESCAPE: *Enterococcus*, *Staphylococcus aureus*, *Acinetobacter* spp., *Pseudomonas aeruginosa*, *Clostridium difficile*, представители семейства *Enterobacteriaceae* (*Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter* spp., *Proteus* spp.).

3398. Среди возбудителей ИСМП идентифицируют:

бактерии: *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., *Enterococcus* spp., *Pseudomonas* spp., *Escherichia* spp., *Klebsiella* spp., *Enterobacter* spp., *Acinetobacter* spp., *Serratia* spp., *Proteus* spp., *Citrobacter* spp., *Clostridium* spp., *Mycobacterium* spp., *Salmonella* spp., *Shigella* spp., *Yersinia* spp., *Legionella* spp. и другие.

вирусы: ВИЧ, вирусы гепатитов В, С, Б, А, ротавирусы, норовирусы, энтеровирусы, вирусы гриппа и других ОРВИ, кори, краснухи, эпидемического паротита, герпеса, цитомегаловирусы, коронавирусы (SARS-CoV, MERS-CoV) и другие.

грибы: *Candida* spp., *Aspergillus* spp. и другие.

простейшие: *Cryptosporidium* spp., *Pneumocystis carinii* и другие.

эктопаразиты: *Pediculus* spp., *Sarcoptes scabiei* и другие.

3399. ИСМП могут быть обусловлены как экзогенным, так и эндогенным инфицированием. Некоторые из микроорганизмов вызывают различные клинические формы ИСМП, другие выделяются при определенных клинических состояниях, поражают определенные группы пациентов.

3400. При возникновении ИСМП, обусловленных патогенными микроорганизмами, требуется проведение противоэпидемических мероприятий согласно требованиям Санитарных правил к профилактике отдельных инфекционных болезней.

3401. Основными формами ИСМП являются:

Гнойно-септические инфекции новорожденных (ГСИ новорожденных): бактериальный менингит, сепсис, остеомиелит, омфалит, инфекции кровотока, пиодермия, импетиго, панариций, паронихий, мастит, неонатальная инфекция мочевых путей, конъюнктивит и дакриоцистит, пневмонии.

Гнойно-септические инфекции родильниц (ГСИ родильниц): сепсис, инфекции соска и молочной железы, связанные с деторождением, острый перитонит, инфекция хирургической акушерской раны, расхождение швов после кесарева сечения, расхождение швов промежности, инфекции мочевых путей после родов, инфекции органов дыхания, осложняющие роды и послеродовой период.

Инфекции в области хирургического вмешательства (ИОХВ).

Инфекции кровотока (ИК): инфекции, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией, иммунизацией. Среди инфекций кровотока выделяют катетер-ассоциированные инфекции кровотока (КАИК).

Инфекции мочевыводящих путей (ИМВП). Среди них выделяют катетер-ассоциированные инфекции мочевыводящих путей.

Инфекции нижних дыхательных путей (ИНДП). Среди них выделяют ИВЛ- ассоциированные ИНДП.

Острые кишечные инфекции (ОКИ), в том числе острые гепатиты А и Е.

Другие сальмонеллезные инфекции.

Воздушно-капельные инфекции (ВКИ).

Туберкулез впервые выявленный, активные формы.

Парентеральные инфекции: ВИЧ, гепатиты В и С.

3402. Случаи инфекционных заболеваний, возникшие до поступления в МО, проявившиеся или выявленные при поступлении (после поступления в пределах инкубационного периода данной нозологической формы), называются заносами инфекции и не относятся к ИСМП. При заносе инфекционных заболеваний необходимо проводить комплекс противоэпидемических мероприятий согласно требованиям Санитарных правил к профилактике отдельных инфекционных болезней.

3403. Источники ИСМП - пациенты, медицинские работники, а также лица, ухаживающие за больными и посетители. Наиболее значимыми источниками инфекции являются больные манифестными формами, в том числе внутриутробного характера заражения (ВУИ), носители антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов, а также медицинский персонал с патологией верхних и нижних дыхательных путей, мочевыводящего и желудочно-кишечного трактов, кожи и подкожной клетчатки.

3404. Механизмы передачи ИСМП: естественный (фекально-оральный, аспирационный, контактный, транслокация) и искусственный (артифициальный: ассоциированный с инвазивными и неинвазивными лечебно - диагностическими процедурами и манипуляциями, в том числе трансплантация органов, тканей).

3405. Факторами передачи являются: руки медперсонала, белье, медицинское оборудование (аппараты ИВЯ, гемодиализа, эндоскопы и другие), инструменты, средства ухода за больными, инъекционные растворы (в первую очередь в многодозовых флаконах), повторно используемые одноразовые медицинские изделия, воздух и другие. Руки персонала играют наибольшее эпидемиологическое значение в передаче инфекции (более 50%).

3406. К причинам, способствующим росту заболеваемости ИСМП, относятся нарушения в организации работы МО, санитарно-техническом состоянии, материальном обеспечении и соблюдении противоэпидемического режима.

- Неудовлетворительные архитектурно-планировочные решения: несоответствие состава и площади помещений;
- перекрест технологических потоков;
- отсутствие механической приточно-вытяжной вентиляции.
- Нарушения в организации работы МО: превышение норм коечной емкости палат; отсутствие разделения по нозологическим формам; совместное размещение детей и взрослых пациентов;

- аварийные ситуации на водопроводной и канализационной системах, перебои и отсутствие в подаче горячей и холодной воды, нарушения в тепло- и энергоснабжении; нарушения в работе приточно-вытяжной вентиляции.

3407. Недостаточное материально - техническое оснащение:

недостаток медицинских изделий, в том числе одноразовых (катетеры, санационные системы, дыхательные трубки и другие);

нехватка оборудования, перевязочного материала, лекарств; перебои в поставке белья, моющих и дезинфицирующих средств.

3408. Нарушения противоэпидемического режима: несоблюдение

цикличности заполнения палат;

несвоевременный перевод новорожденных и родильниц в соответствующие стационары;

повторное использование одноразовых медицинских изделий, неиндивидуальное использование средств ухода за больными, емкостей для питья, кормления, обработки кожных покровов и глаз;

нарушение правил текущей и заключительной дезинфекции, стерилизации и другие.

### **Выявление, учет и регистрация случаев ИСМП**

3409. Случаи ИСМП подлежат регистрации, учету и статистическому наблюдению .

3410. Руководители медицинских организаций, выявивших больного, должны обеспечить полноту, достоверность и своевременность учета случая ИСМП, а также оперативное сообщение о них в территориальный орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

3411. Каждый случай ИСМП подлежит регистрации в журнале учета инфекционных заболеваний по месту их выявления и месту инфицирования пациента в медицинских организациях, а также в территориальных органах, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Учет всех случаев ИСМП ведется по месту инфицирования пациента.

3412. В случае выявления ИСМП после выписки или перевода пациента в другой стационар, МО, выявившая ИСМП, должна передавать информацию в территориальные органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, которые в течение 12 часов передают информацию о зарегистрированных ИСМП в МО по месту предполагаемого инфицирования.

3413. Групповыми заболеваниями следует считать 5 и более случаев ИСМП, связанных одним источником инфекции и (или) общими факторами передачи, в том числе заражение среди пациентов и персонала (суммарно).

3414. О возникновении групповых заболеваний ИСМП любой этиологии 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<sup>64</sup>.

3415. 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 в данном стационаре. Генерализованные формы (сепсис, гематогенный остеомиелит, менингит) учитываются в течение месяца после рождения ребенка.

“Приказ Росстата от 29.12.2018 № 792 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека федерального статистического наблюдения за санитарным состоянием субъекта Российской Федерации».

<sup>64</sup> Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 04.02.2016 № 11 «О представлении внеочередных донесений о чрезвычайных ситуациях санитарно-эпидемиологического характера» (зарегистрировано Минюстом России 24.03.2016, регистрационный № 41525)

3416. Заболевания родильниц инфекциями, вызванные условно патогенными микроорганизмами и связанные с родами (эндометрит, пиелонефрит, гнойный мастит, сепсис, перитонит и другие), выявленные в период пребывания в акушерском стационаре и (или) в течение 30 дней после родов, подлежат учету акушерским стационаром.

3417. Гнойно-воспалительные заболевания, связанные с оказанием хирургической медицинской помощи (ИОХВ), имеют максимальный инкубационный период 30 календарных дней после оперативного вмешательства, а при наличии имплантата в месте операции - год и более.

### **Лабораторная диагностика**

3418. Лица с подозрением на ИСМП из числа пациентов или персонала должны быть обследованы лабораторно в целях идентификации возбудителя, вызвавшего заболевание, и определения чувствительности к антибиотикам любым из доступных методов диагностики. При выделении патогенов из группы ESCAPE с множественной и экстремальной устойчивостью к антибиотикам проводится определение устойчивости к дезинфицирующим средствам. Обследование персонала проводится по эпидемиологическим показаниям.

3419. Для лабораторной диагностики ИСМП могут использоваться бактериологический, молекулярно-генетический, серологический и другие методы исследования.

3420. Для проведения лабораторной диагностики применяются тест-системы, зарегистрированные в Российской Федерации.

3421. Взятие, транспортирование, доставка в лабораторию для исследования биологического материала осуществляются в соответствии с требованиями главы IV Санитарных правил.

3422. Взятие материала следует проводить непосредственно из патологического очага (по возможности до начала антибактериальной терапии), а также во время операции по поводу повторной ревизии операционной раны.

3423. Показания к взятию материала на бактериологическое исследование при подозрении на ИОХВ: повторная ревизия операционной раны;

подозрение на послеоперационное осложнение любого генеза:

гнойно-септическое,

кровотечение (в связи с возможностью лизиса сосудов в результате гнойного поражения);

несостоятельность швов;

парез кишечника в послеоперационном периоде;

операции по поводу гнойных процессов.

3424. При вяло текущих гнойно-воспалительных ранах, свищевых ходах и подобных процессах преимущественно проводятся обследования пациентов на актиномицеты, дрожжевые и плесневые грибы.

3425. При невыясненной бактериальной этиологии заболевания пациента обследуют на вирусы и других возбудителей инфекционных заболеваний с учетом клинической картины.

3426. 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 проводимой антибактериальной терапии, подпись врача, направляющего материал на анализ.

### **Организация и проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий в организациях, осуществляющих медицинскую деятельность**

3427. В целях предупреждения возникновения и распространения ИСМП и других инфекционных заболеваний в МО должны проводиться предусмотренные санитарными правилами санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия, в том числе по осуществлению производственного контроля, принятию изоляционных мер в отношении больных (носителей) ИСМП и других инфекционных заболеваний, прерыванию путей передачи (дезинфекционные мероприятия), профилактических мер среди медицинского персонала (проведению предварительных и периодических медицинских осмотров и организации иммунопрофилактики).

Руководитель медицинской организации или уполномоченное им лицо (заместитель руководителя МО по санитарно-эпидемиологическим вопросам, врач-эпидемиолог или заместителя руководителя МО по лечебной работе/медицинской части) должен обеспечить организацию и контроль выполнения комплекса профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике и борьбе с ИСМП в МО.

В целях профилактики возникновения и распространения ИСМП разрабатываются планы профилактических и противоэпидемических мероприятий по профилактике возникновения и распространения отдельных инфекционных заболеваний (в том числе гнойно-воспалительных), а также комплекс первичных противоэпидемических мероприятий на случай выявления больного инфекционным заболеванием и план производственного контроля по выполнению требований санитарного законодательства, которые утверждаются руководителем организации. План профилактических и противоэпидемических мероприятий по профилактике отдельных инфекционных заболеваний может входить отдельным разделом в план производственного контроля.

Проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий осуществляет медицинский персонал под руководством лица, ответственного за работу по профилактике ИСМП.

В МО должны быть разработаны стандарты операционных процедур (СОП), в которых с учетом условий и возможностей медицинских организаций, особенностей клинических отделений, предусматриваются основные требования (стандарт) проводимых манипуляций с позиций эпидемиологической безопасности и критериев оценки качества медицинской помощи. Персонал проходит обучение по данным СОП с последующей проверкой их соблюдения.

С целью контроля за ИСМП локальным актом организации создается комиссия по профилактике ИСМП, которая может входить в состав врачебной комиссии МО. В своей деятельности комиссия руководствуется положением, разработанным и утверждённым для конкретного учреждения. В состав комиссии входят 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, заведующий патологоанатомическим отделением/патологоанатом, другие специалисты. Заседания комиссии проводят не реже одного раза в квартал.

3428. Для организаций малого и среднего бизнеса приказом руководителя МО могут быть назначены лица, ответственные за работу по профилактике ИСМП или эта работа может проводиться специалистом (врачом-эпидемиологом, санитарным врачом или врачом-дезинфектологом).

Основными задачами комиссии являются: эпидемиологический анализ заболеваемости ИСМП, разработка и организация профилактических и противоэпидемических мероприятий, оценка их эффективности, широкое оповещение или информирование медицинского персонала об эпидемиологической обстановке в МО, ее отдельных подразделениях, результатах микробиологического мониторинга, организация разработки СОПов по манипуляциям, имеющим эпидемиологическое значение, организация обучения медицинского персонала и проведение тренингов, координация профилактических и противоэпидемических мероприятий с руководством и всеми службами МО, а также взаимодействие с органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

3429. С целью профилактики возникновения ИСМП и других нежелательных состояний (токсических, аллергических и других) запрещается:

повторное использование медицинских изделий однократного применения;

использование медицинских изделий и лекарственных средств с истекшим сроком годности, а также с нарушением условий хранения и транспортировки, указанным производителем;

повторная стерилизация медицинских изделий однократного применения с истекшим сроком годности.

Профилактические мероприятия проводят исходя из положения, о том, что каждый пациент расценивается как потенциальный источник гемоконтактных инфекций (гепатиты В, С, ВИЧ-инфекция и других).

3430. Для пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям, аналогичные обследования

проводят в условиях стационара.

3431. Разрешается посещение пациентов родственниками, знакомыми. Порядок посещения медицинской организации и ее подразделений, в том числе палатных отделений и отделений реанимации, устанавливает администрация МО в виде локального нормативного акта.

3432. Для проведения инъекций в палатах необходимо использовать мобильную тележку, в конструкции которой предусмотрено разделение стерильных и использованных медицинских изделий. При невозможности использования тележки допустимо использование чистых, обеззараженных лотков. Комплектация нескольких наборов для инъекций, используя стерильную пленку в один лоток, возможна, если обеспечить технологию, не допускающую нарушение правил асептики и предусмотреть емкость для безопасного сброса отходов класса Б, либо проводить инъекции одновременно одному пациенту.

3433. При поступлении в стационар пациентов осматривают на педикулез с отметкой в истории болезни, при необходимости они проходят санитарную обработку в приемном отделении, включающую: принятие душа или ванны, стрижку ногтей и другие процедуры, в зависимости от результатов осмотра. После санитарной обработки пациенту выдается комплект чистого нательного белья, пижама/халат, тапочки. Личную одежду и обувь оставляют в специальной упаковке с вешалками (полиэтиленовые мешки, чехлы из плотной ткани) в помещении для хранения вещей пациентов или передают 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.

Личную одежду больных инфекционными и паразитарными заболеваниями, лиц, пораженных педикулезом, подвергают камерной дезинфекции в случаях, предусмотренных нормативными документами, делают отметку в истории болезни.

В отделении больному выдают мыло, полотенце, стакан (чашка, кружка), при необходимости - поильник, плевательницу, подкладное судно с подставкой. Разрешается использовать собственные предметы личной гигиены. Подкладное судно после использования подлежит немедленному удалению из палаты, опорожнению и мойке. Одноразовые подкладные судна пациентов неинфекционных стационаров и отделений относятся к медицинским отходам класса А. В инфекционных стационарах одноразовые подкладные судна, гигиенические прокладки и памперсы относятся к отходам класса Б.

3434. Гигиеническая обработка больных (при отсутствии медицинских противопоказаний) должна осуществляться не реже 3 раз в 7 календарных дней с отметкой в истории болезни; в детских отделениях и отделениях психиатрического и психосоматического профиля одновременно проводят осмотр на педикулез. Гигиенический уход за тяжелобольными (умывание, протирание кожи лица, частей тела, полоскание полости рта и иные гигиенические процедуры) проводят утром, а также после приема пищи и при загрязнении тела. Для тяжелобольных предусматривается специальное оборудование для гигиенической обработки.



3435. Гигиеническая обработка кожных покровов пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии проводится не менее 2 раз в день с использованием разрешенных для этих целей моющих и антисептических средств.

3436. Накануне операции пациент принимает душ с отметкой в истории болезни.

3437. Периодически должны быть организованы стрижка и бритье больных.

3438. Смена белья пациентам должна проводиться по мере загрязнения, регулярно, но не реже 1 раза в 7 календарных дней. Загрязненное белье подлежит немедленной замене. Смена постельного белья пациентам реанимационных отделений проводится не реже 1 раза в день. Смену постельного белья родильницам следует проводить 1 раз в 3 календарных дня, нательного белья и полотенец - ежедневно, подкладных пеленок - не менее 4-5 раз в день и по необходимости. Допускается использование гигиенических прокладок фабричного изготовления.

3439. Перед возвращением пациента в палату после операции производят обязательную смену белья.

3440. 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 подгузников промышленного производства.

3441. При проведении лечебно-диагностических манипуляций, в том числе в условиях амбулаторно-поликлинического приема пациента обеспечивают индивидуальным комплектом белья (простыни, подкладные пеленки, салфетки, бахилы), в том числе разовым в соответствии со спецификой манипуляции.

3442. Кожные покровы пациентов подлежат обеззараживанию перед медицинскими манипуляциями (обработка операционного и инъекционного полей, локтевых сгибов доноров, санитарная обработка кожных покровов).

3443. Обработку кожи операционного поля осуществляют двукратным протираением, последовательно, двумя отдельными стерильными салфетками (тампонами), смоченными спиртосодержащим кожным антисептиком, до его полного увлажнения. Предпочтение следует отдавать спиртосодержащим кожным антисептиком с красителем для визуального определения границы обработанного участка. Для этих целей не используют кожные антисептики, содержащие смягчающие, увлажняющие и питающие кожу компоненты.

3444. Не следует удалять волосы перед операцией, если волосы возле или вокруг операционного поля не будут мешать её проведению. Если их необходимо удалить, то следует делать это непосредственно перед операцией, используя хирургические клиперы.

3445. Перед обработкой антисептиком кожу операционного поля следует тщательно вымыть и очистить ее и прилегающие области для устранения явных загрязнений.

3446. 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.

3447. Для ограничения операционного поля (в том числе мест катетеризации магистральных сосудов)

применяют стерильные простыни, полотенца, салфетки. Может также использоваться специальная хирургическая пленка с антимикробным покрытием, через которую делают разрез кожи.

3448. Обработка инъекционного поля предусматривает обеззараживание кожи с помощью спиртосодержащего антисептика, предназначенного для этих целей, в месте инъекций (подкожных, внутримышечных, внутривенных) и взятия крови. Обработку инъекционного поля проводят двукратно, стерильной салфеткой, смоченной спиртосодержащим кожным антисептиком или способом орошения антисептиком (аэрозольным методом). Время обеззараживания должно соответствовать рекомендациям по применению конкретного антисептика. При необходимости место инъекции закрывается стерильным сухим шариком (салфеткой).

3449. Для обработки локтевых сгибов доноров используют те же кожные антисептики, что и для обработки операционного поля.

3450. Для проведения инъекций применяются кожные антисептики на основе спиртов, а для детей в возрасте до 7 лет - кожные антисептики на основе этилового спирта.

3451. Санитарная обработка кожных покровов пациентов предназначена для удаления загрязнений и снижения количества резидентной микрофлоры.

3452. Санитарную обработку кожных покровов проводят накануне оперативного вмешательства или при уходе за пациентом.

3453. Для санитарной обработки кожных покровов используют кожные антисептики, не содержащие спиртов, обладающие моющим эффектом.

3454. Всю поверхность тела, либо отдельный участок кожи протирают салфеткой или тампоном, смоченным кожным антисептиком либо готовой к применению салфеткой, пропитанной кожным антисептиком.

3455. Пациенты и посетители проводят гигиеническую обработку рук с использованием мыла и воды или спиртосодержащего антисептика в следующих случаях:

до и после контакта с поврежденными участками кожи, повязками, слизистыми оболочками, использованными медицинскими изделиями;

при входе в палату;

перед выходом из палаты;

перед едой;

после посещения туалета.

3456. Пациенты и посетители обязаны подчиняться требованиям медицинского персонала в части соблюдения правил внутреннего распорядка и требований гигиены рук.

3457. Персонал МО должен проходить предварительные медицинские осмотры (обследования) при поступлении на работу (далее - предварительные осмотры) и периодические медицинские осмотры<sup>1</sup>.

3458. Обязательному медицинскому освидетельствованию при поступлении на работу и при периодических медицинских осмотрах (1 раз в год) с целью выявления ВИЧ- инфекции подлежат:

---

<sup>1</sup> Приказ Минздрава России от 28.01.2021 № 29н.

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 стационаров (отделений) хирургического профиля;

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

3459. При приеме на работу и далее 1 раз в год (дополнительно - по клиническим и эпидемиологическим показаниям) подлежит обследованию на маркеры вирусов гепатитов 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, реанимационных, стоматологических, инфекционных, гастроэнтерологических стационаров, отделений и кабинетов поликлиник, диспансеров (в том числе процедурных, прививочных), клинко-диагностических лабораторий, персонал станций и отделений скорой помощи, перинатальных центров, центров медицины катастроф, ФАПов, здравпунктов.

3460. 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.

3461. При обнаружении у вновь поступающих на работу и работающих носительства патогенных микроорганизмов вопрос о допуске их к работе и необходимом лечении решается.

3462. Не допускаются к работе медицинские работники:

с активными формами туберкулеза. Решение о допуске к профессиональной деятельности переболевших туберкулезом принимает врачебная комиссия специализированной фтизиатрической организации;

с лихорадкой, острыми воспалительными и гнойными процессами или обострением хронических гнойно-воспалительных заболеваний.

3463. Профилактическая иммунизация персонала МО проводится в соответствии с национальным и региональным календарями профилактических прививок, календарем прививок по эпидемиологическим показаниям, а также в соответствии с постановлениями главного государственного санитарного врача по субъекту Российской Федерации.

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 должно быть предусмотрено устройство обеззараживания воздуха.

3464. Медицинский персонал должен быть обеспечен комплектами сменной одежды: халатами, медицинскими костюмами, шапочками, сменной обувью в соответствии с табелем оснащения, но не менее 3 комплектов спецодежды на одного работающего.

При проведении манипуляций/операций, сопровождающихся образованием брызг крови, секретов, экскретов, персонал надевает маски, приспособления для защиты глаз (очки, щитки). Предпочтение отдают средствам защиты однократного применения.

В операционных и родовых залах врачи и другие лица, участвующие в операции или приеме родов, должны работать в стерильных халатах и бахилах, специальной обуви, шапочках, перчатках и медицинских масках.

В перевязочных, процедурных, отделениях новорожденных, ожоговых отделениях, гематологических отделениях, отделениях трансплантологии, отделениях хирургической реанимации при проведении инвазивных манипуляций используют перчатки и медицинские маски.

Использование масок обязательно во всех отделениях в период эпидемиологического неблагополучия. Медицинские маски используются при непрерывном применении не более 3-х часов, повторное использование многоразовых масок без стирки и дезинфекции не допускается. Одноразовые использованные маски относят к отходам класса Б.

Стирка спецодежды персонала осуществляют централизованно и отдельно от белья пациентов.

3465. Смена спецодежды в подразделениях хирургического и акушерского профиля, отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), отделениях трансплантации, отделениях для лиц с иммунодефицитными состояниями, в процедурных и перевязочных кабинетах, осуществляется ежедневно и по мере загрязнения; в учреждениях терапевтического профиля - 2 раза в неделю и по мере загрязнения. Сменная обувь персонала должна быть из нетканого материала, доступного для дезинфекции. Внешние поверхности сменной обуви подлежат дезинфекции с той же периодичностью, что и спецодежда дезинфицирующими средствами, разрешенными для этих целей.

3466. В подразделениях хирургического и акушерского профилей, а также отделениях реанимации и интенсивной терапии 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.

3467. Персонал должен быть обеспечен средствами индивидуальной защиты (СИЗ) в необходимом количестве и соответствующих размеров (перчатками, масками, очками, щитками, респираторами, фартуками, нарукавниками и другими) в зависимости от профиля отделения и характера проводимой работы.

3468. В ходе проведения манипуляций персонал не должен вести записи, использовать телефон, персональные мобильные устройства и другие предметы, не имеющие отношения к выполнению

процедуры или осмотру пациента, а также принимать пищу на рабочем месте.

3469. Нахождение персонала в рабочей медицинской одежде и рабочей обуви за пределами МО не допускается.

3470. При загрязнении кожи и слизистых работника кровью или другими биологическими жидкостями, а также при уколах и порезах проводят следующие мероприятия:

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

руки в загрязненных перчатках обработать салфеткой, смоченной дезинфицирующим средством, снять перчатки, руки вымыть и дважды обработать спиртосодержащим антисептиком или 70% спиртом. Использованные перчатки удаляют как медицинские отходы класса Б;

при уколах и порезах перчатки обработать салфеткой, смоченной дезинфицирующим средством, снять перчатки, руки вымыть и дважды обработать 70% спиртом, смазать ранку 5% спиртовой настойкой йода, заклеить поврежденные места лейкопластырем;

при попадании крови и других биологических жидкостей пациента на слизистую глаз, носа и рта: ротовую полость, слизистую оболочку носа и глаз обильно промывают водой (не тереть);

при попадании крови и других биологических жидкостей пациента на халат, одежду: снять рабочую одежду и погрузить в дезинфицирующий раствор или в герметичном мешке направить для стирки с дезинфекцией в прачечную, осуществляющую стирку больничного белья.

3471. В МО должен быть организован учет травм и чрезвычайных ситуаций (порезы, уколы, попадание крови на видимые слизистые, поврежденные кожные покровы и другие), связанных с профессиональной деятельностью персонала, с указанием проведенных профилактических мероприятий (экстренная профилактика). При получении травм, в том числе микротравм (уколы, порезы), с возникновением риска инфицирования, ответственный за профилактику парентеральных инфекций в МО организуют регистрацию аварии и профилактические мероприятия в соответствии с Санитарными правилами.

### **Правила обработки рук медицинского персонала**

3472. 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. При гигиенической обработке рук мыло и спиртосодержащий антисептик не должны быть использованы вместе.

3473. Для обработки рук используются средства, разрешенные для применения.

3474. МО разрабатывает стандартную операционную процедуру (СОП) по обработке рук в зависимости от вида работ, применяемых конкретных гигиенических средств и кожных антисептиков,

проводит обучение и тренинги медицинских работников, внедряет систему приверженности гигиене рук медицинских работников и пациентов путем удобного размещения дозаторов, обеспечения индивидуальными флаконами с кожными антисептиками и контролирует выполнение СОП.

3475. 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 необходимо снять часы, браслеты и другие. Для высушивания рук применяют чистые тканевые полотенца или бумажные салфетки однократного использования, в санитарно-бытовых помещениях, помещениях приема пищи также допускается использовать электросушители или бесконтактные устройства для сушки рук; при обработке рук хирургов используют стерильные тканевые салфетки.

3476. Медицинский персонал должен быть обеспечен в достаточном количестве эффективными средствами для мытья, обеззараживания рук; для снижения риска возникновения контактных дерматитов - средствами по уходу за кожей рук (кремы, лосьоны, бальзамы и другие). При выборе кожных антисептиков, моющих средств и средств для ухода за кожей рук следует учитывать индивидуальную переносимость медицинских работников.

3477. В медицинских организациях должны быть созданы условия для мытья и гигиенической обработки рук снижающей количество микроорганизмов до безопасного уровня, с применением спиртовых антисептиков для пациентов и посетителей (наличие мыла или дозаторов с моющим средством для рук и кожным антисептиком в местах общего пользования, при входе в палатные отделения, палаты, туалеты, буфетные отделения, столовые).

3478. Гигиеническую обработку рук осуществляют медицинские работники на всех этапах оказания медицинской помощи, работники пищеблоков, других подразделений, связанных с оказанием медицинской помощи, а также осуществляющих уборку помещений, обслуживание оборудования, другие работы в помещениях, предназначенных для оказания медицинской помощи, пациенты и члены их семей, другие лица при посещении пациентов и уходе за ними.

3479. Гигиеническую обработку рук кожным антисептиком проводят способом втирания в кожу кистей рук (готовое к применению средство, раствор, гель) в количестве, рекомендуемом инструкцией по применению, с обработкой кончиков пальцев, кожи вокруг ногтей, между пальцами. Длительность обработки определяется инструкцией по применению, в ходе обработки необходимо поддержание рук во влажном состоянии.

3480. Гигиеническую обработку рук кожным антисептиком проводят:

до и после непосредственного контакта с пациентом;

после контакта с секретами или экскретами организма, слизистыми оболочками, повязками; перед выполнением инвазивных процедур (до контакта с инвазивным оборудованием);

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

при переходе от более контаминированного микроорганизмами участка тела пациента к менее контаминированному при оказании медицинской помощи пациенту;

перед надеванием медицинских перчаток и после их снятия.

3481. Кожные антисептики для обработки рук должны быть 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 другие) дозаторы с кожными антисептиками для обработки рук должны размещаться в удобных для применения персоналом местах (у входа в палату, у постели больного и других). Следует также предусматривать возможность обеспечения медицинских работников индивидуальными емкостями (флаконами) небольших объемов (100 мл) с кожным антисептиком.

3482. При использовании любого дозатора новую порцию антисептика (или мыла) наливают после дезинфекции, промывания водой и высушивания дозатора. Нельзя доливать средство в дозатор. Дозатор с антисептиком должен иметь соответствующую маркировку.

### **Использование перчаток**

3483. В медицинских организациях при оказании отдельных видов медицинских услуг обязательным является использование медицинских перчаток.

3484. Медицинские перчатки необходимо надевать:

во всех случаях, когда возможен контакт с кровью или другими биологическими субстратами, в том числе во время уборки помещений; при контакте со слизистыми оболочками; при контакте с поврежденной кожей; при контакте с агрессивными жидкостями; при использовании колющих и режущих инструментов;

при проведении инвазивных диагностических и лечебных манипуляций.

3485. Перчатки надевают после полного высыхания антисептика на коже рук. При наличии на руках микротравм, царапин, ссадин место повреждения заклеивается лейкопластырем.

3486. Стерильные хирургические перчатки должны использоваться при выполнении всех видов оперативных вмешательств. Стерильные диагностические перчатки следует использовать при введении стерильного устройства в стерильные полости организма, постановке центрального катетера, проведении стерильных эндоскопических вмешательств.

3487. Нестерильные диагностические перчатки допускается использовать при выполнении неинвазивных диагностических процедур, а также внутрикожных, подкожных и внутримышечных инъекций, катетеризации периферических вен, внутривенных вливаний, постановке периферического венозного катетера, при проведении нестерильных эндоскопических вмешательств, при работе в клиническо-диагностических, бактериологических лабораториях, а также при обработке загрязненных медицинских инструментов и материалов.

3488. После снятия перчаток следует провести гигиеническую обработку рук кожным антисептиком. Новую пару перчаток надевать на высохшие руки.

3489. Использованные перчатки после парентеральных манипуляций, в том числе перевязок, удаляют как медицинские отходы класса Б.

3490. При наличии риска инфицирования гемоконтактными инфекциями во время вмешательств с высоким риском нарушения целостности перчаток необходимо использовать двойные перчатки с индикатором нарушения целостности перчатки.

3491. При приеме родов, характеризующихся возможностью биологического загрязнения кожных покровов в ходе ручного обследования родовых путей (в том числе ручное отделение последа), применяют перчатки с удлиненной манжетой.

3492. При выполнении ортопедических вмешательств следует использовать двойные перчатки или перчатки повышенной плотности.

3493. Кольчужные перчатки используют при оперативных вмешательствах с высоким риском пореза, в том числе на костях (травматология, хирургия).

3494. При выполнении микрохирургических манипуляций следует использовать перчатки с высоким коэффициентом сцепления с поверхностью либо микротекстурированные перчатки.

3495. При интраоперационной внутрисполостной химиотерапии, работе с костным цементом и другими химически агрессивными веществами следует использовать хирургические перчатки из синтетических эластомеров (полихлоропрен, нитрил и иные материалы с аналогичными характеристиками).

3496. С целью снижения риска послеоперационных осложнений у пациентов (спаек, гранулем, келоидных рубцов и иных) и контактного дерматита у медицинского персонала следует при всех видах оперативных вмешательств использовать неопудренные перчатки.

### **Обработка рук хирургов**

3497. Для обработки рук хирургов используют спиртсодержащие кожные антисептики.

3498. Обработку рук хирургов проводят в случаях:

выполнения любых оперативных вмешательств или других процедур, манипуляций любой продолжительности, сложности, локализации;

катетеризации магистральных сосудов;

установки инвазивного/дренажного устройства;

пункции тканей, полостей, сосудов, спинномозговых каналов;

выполнения стерильных эндоскопических манипуляций;

приема родов.

Обработку рук хирургов проводят все участвующие в проведении оперативных вмешательств, родов, катетеризации магистральных сосудов.

3499. Обработка рук хирургов проводится в два этапа:

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

2) II этап - обработка спиртсодержащим антисептиком кистей рук, запястий и предплечий



способом втирания в кожу (до его полного высыхания).

3500. До нанесения кожного антисептика осуществляют мытье кистей рук и предплечий теплой проточной водой с жидким мылом без антимикробных компонентов, без применения щеток в течение двух минут. Затем руки высушивают (промокают) одноразовой стерильной тканевой салфеткой или стерильным полотенцем.

3501. Следуя определенному алгоритму, кожным антисептиком обрабатывают кисти рук, запястья и предплечья. Кожный антисептик наносят отдельными порциями, равномерно распределяют и тщательно втирают в кожу. Количество антисептика, кратность обработки и её продолжительность должны соответствовать инструкции по применению кожного антисептика. Длительность обработки определяется инструкцией по применению, в ходе обработки необходимо поддержание рук во влажном состоянии. Стерильные перчатки надевают сразу после полного высыхания антисептика на коже рук.

3502. Алгоритмы (стандарты, стандартные операционные процедуры - СОП) всех эпидемиологически значимых лечебных и диагностических парентеральных манипуляций должны включать в себя применяемые средства и способы обработки рук и средств их защиты при выполнении соответствующих манипуляций.

### **Требования к проведению противоэпидемических мероприятий**

3503. 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.

3504. При подозрении или выявлении у пациента, находящегося на стационарном лечении, инфекционного заболевания, он подлежит изоляции в соответствии с законодательством Российской Федерации до решения вопроса о его переводе в инфекционное отделение (инфекционный стационар).

3505. При выявлении инфекционных заболеваний, вызванных патогенными микроорганизмами, в стационарах неинфекционного профиля больные подлежат переводу в инфекционное отделение (инфекционный стационар).

3506. При возникновении послеоперационных осложнений, вызванных условно- патогенными микроорганизмами, пациента переводят в отделение гнойной хирургии. При отсутствии отделения гнойной хирургии пациент должен быть изолирован в отдельную палату.

3507. 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 (или отделение) в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также

проведения комплекса противоэпидемических мероприятий, предусмотренного в данном случае.

3508. Вопрос о внутриутробном или внутрибольничном характере заражения решают при участии госпитального эпидемиолога.

3509. В отношении пациентов с инфекцией любой локализации, независимо от срока ее возникновения, вызванной метициллин (оксациллин) резистентными стафилококками, ванкомицин-резистентными энтерококками, грамотрицательными микроорганизмами - продуцентами бета-лактамаз расширенного спектра действия - БЛРС, микроорганизмами с множественной лекарственной устойчивостью требуются разработка и проведение целенаправленных лечебных, профилактических и противоэпидемических мероприятий с проведением изоляции и санации пациента в соответствии с законодательством Российской Федерации. Для ухода за этими пациентами выделяют отдельный персонал. При работе с данной категорией больных медицинский персонал должен соблюдать следующие барьерные мероприятия:

в шлюзе при входе в палату надевает маску, спецодежду, перчатки и снимает после проведения манипуляций при выходе из шлюза;

предметы ухода, а также стетоскоп, термометр используются индивидуально для данного пациента;

перевязка пациента проводится в палате;

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

после выписки пациента проводят заключительную дезинфекцию, включающую камерное обеззараживание постельных принадлежностей, обеззараживание воздуха и поверхностей и генеральную уборку помещений;

после заключительной дезинфекции и генеральной уборки в палате проводится лабораторное обследование объектов окружающей среды на санитарно-показательную и целевую (выявленную у пациента) микрофлору. Заполнение палаты проводят после получения удовлетворительных результатов микробиологического исследования.

3510. В родовспомогательных учреждениях в случае возникновения групповых гнойно-воспалительных заболеваний среди новорожденных и родильниц (5 случаев в пределах 7 дней) прекращают прием беременных и рожениц, решается вопрос о закрытии акушерского стационара (отделения) по эпидемическим показаниям. Экстренно разворачивают резервное помещение для приема рожениц и беременных. Определяют стационар для госпитализации заболевших новорожденных с необходимыми условиями для их изоляции, организации круглосуточной реанимационной помощи и интенсивной терапии.

3511. Проводится комплексное эпидемиологическое расследование специалистами органов и учреждений, уполномоченных осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и госпитальным эпидемиологом с участием неонатолога, акушера-гинеколога, направленное на выяснение причин сложившегося неблагополучия и разработку мероприятий по ликвидации групповых заболеваний.

3512. По результатам эпидемиологического расследования делают заключение о причинах группового заболевания, типе эпидемического процесса, источниках инфекции, ведущих путях и факторах передачи возбудителей инфекции, обусловивших возникновение заболеваний. С учетом этого заключения разрабатывают и проводят комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий по локализации и ликвидации групповых случаев ИСМП, включающий применение средств специфической и неспецифической профилактики.

### **Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в целях предупреждения возникновения и распространения ИСМП**

3513. В целях предупреждения возникновения и распространения ИСМП в МО проводятся следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

обеспечение активного своевременного выявления, учета и регистрации ИСМП у пациентов на основе клинических, лабораторных, эпидемиологических и патологоанатомических данных;

проведение оперативного и ретроспективного анализа заболеваемости, летальности, включающих, анализ по клиническим формам, возрастной структуре, отделениям, тяжести течения (легкая, средняя, тяжелая), степени чистоты оперативных вмешательств («чистые», «условно-чистые», «загрязненные» и «грязные»), причинам, способствующим возникновению ИСМП, видам медицинских вмешательств (операции, роды, катетеризация, ИВЛ и другие), характеру инфицирования (эндогенный или 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) с учетом факторов риска (количество ИВЛ-дней, количество катетеро-дней (уринарных и (или) магистральных сосудов и других);

мониторинг 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 и дезинфицирующим средствам с целью разработки рациональной стратегии и тактики их применения; эпидемиологическую и гигиеническую оценку больничной среды, условий пребывания пациентов и работы медицинского персонала в МО;

оценку эффективности проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий;

прогнозирование эпидемической ситуации.

3514. Врач, выявивший заболевание ИСМП, формулирует диагноз в истории болезни, и

информирует лицо, отвечающего за регистрацию случая инфекционного заболевания в журнале учета инфекционных болезней, а также 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.

3515. Руководитель/заместитель руководителя МО по санитарно-эпидемиологическим вопросам/заместитель руководителя по лечебной работе/врач-эпидемиолог совместно с руководителями структурных подразделений в рамках эпидемиологического надзора организует: активное выявление ИСМП и других инфекционных заболеваний и их ежедневный учет преимущественно на основе данных истории болезней по структурным подразделениям, включая данные лабораторно-инструментальных исследований; проведение эпидемиологического расследования каждого случая ИСМП с определением причин; проведение микробиологического мониторинга в подразделениях МО; контроль соблюдения санитарно-противоэпидемического режима в МО.

3516. Эта работа проводится на основе 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 (этиологическая расшифровка) и персонала;
- о результатах санитарно-бактериологических исследований внешней среды, включая данные по устойчивости эпидемиологических штаммов (штаммов, вызвавших заболевание или занимающих первые два места при ранжировании по частоте выявления) к дезинфицирующим средствам;
- о нарушениях санитарно-противоэпидемического режима.

3517. На основе полученных данных, лицо, отвечающее за работу по профилактике ИСМП, устанавливает причины возникновения ИСМП разрабатывает и предлагает руководству МО план противоэпидемических мероприятий для принятия неотложных мер, организует профилактические и противоэпидемические меры на основе результатов эпидемиологической диагностики, а также организует контроль выполнения профилактических и противоэпидемических мероприятий, включая дезинфекционные и стерилизационные.

3518. Оперативный (текущий) и ретроспективный эпидемиологический анализ предусматривает изучение заболеваемости ИСМП по локализации патологического процесса, этиологии, срокам развития, факторам риска.

3519. Оперативный (текущий) анализ заболеваемости ИСМП проводят на основании данных ежедневной регистрации инфекционных заболеваний по первичным диагнозам. В ходе оперативного анализа заболеваемости проводят оценку текущей эпидемиологической обстановки, выявление рисков, способствующих возникновению ИСМП и решают вопрос о благополучии или осложнении эпидемиологической ситуации, эффективности проводимых мер или необходимости их

корректирования.

3520. Для выявления закономерностей эпидемического процесса, фонового уровня заболеваемости, основных источников инфекции, ведущих путей и факторов передачи в МО проводят ретроспективный анализ заболеваемости ИСМП, который является основой для разработки профилактических и противоэпидемических мероприятий, соответствующих конкретной эпидемиологической обстановке в данном стационаре (отделении).

3521. Ретроспективный анализ заболеваемости ИСМП, позволяющий определить круг источников инфекции и провести мероприятия, направленные на ограничение их роли в распространении 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 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.

3522. С целью корректного расчета показателей заболеваемости необходимо использовать информацию о количестве проведенных операций и других манипуляций, представляющих собой факторы риска возникновения ИСМП за определенный промежуток времени (месяц, квартал, год) у всех пациентов, вне зависимости от наличия или отсутствия ИСМП.

3523. Для корректного сравнения показателей частоты различных форм ИСМП их расчет проводится с учетом факторов риска, в том числе типа операции, количества ИВЛ- дней, катетеро-дней, тяжести состояния пациента.

3524. Помимо интенсивных показателей заболеваемости - заболеваемость на 100 пациентов, 100 операций (кумулятивная инцидентность), рассчитывают плотность инцидентности на 1000 пациенто-дней госпитализации.

Для учета действия факторов риска рассчитывают стратифицированные показатели, позволяющие оценить степень воздействия ряда факторов риска (плотность инцидентности). В целях сравнения заболеваемости в разных отделениях и стационарах с различной длительностью действия фактора риска стратифицированные показатели учитывают длительность действия фактора риска, в том числе частоту инфекций нижних дыхательных путей на 1000 пациенто-дней искусственной вентиляции легких у пациентов, подвергавшихся искусственной вентиляции легких (ИВЛ); инфекций кровотока на 1000 пациенто-дней сосудистых катетеризаций у пациентов, подвергавшихся катетеризации

сосудов; инфекций мочевыводящих путей на 1000 пациенто-дней уринарных катетеризаций у пациентов, подвергавшихся катетеризации мочевого пузыря.

3525. При проведении эпидемиологического анализа заболеваемости ИСМП в отделениях и стационарах хирургического профиля и ОРИТ необходимо следующее:

1) о каждом выявленном пациенте с ИСМП лечащий врач отражает в истории болезни следующую информацию (в том числе в электронной форме):

дата рождения;

отделение;

дата поступления;

перенесенную(ые) операцию(ии);

дата(ы) операции(ий);

время начала и окончания операции (ий);

состав хирургической бригады;

номер операционной;

номер палаты до и после операции;

количество койко-дней, проведенных в реанимационном отделении дата заболевания

(выявления) ИОХВ, ИМВП, ИК, ИНДП и других; дату регистрации ИОХВ, ИМВП,

ИК, ИНДП и других;

тип операции (плановая, экстренная), степень контаминации раны (чистая, условно-чистая, загрязненная, грязная);

оценка тяжести состояния пациента (легкая, средняя, тяжелая); диагноз в соответствии с МКБ

действующего пересмотра и по видам инфекции (поверхностная инфекция разреза, глубокая инфекция в области хирургического вмешательства, инфекция полости/органа); количество ИВЛ-дней;

количество катетеро-дней (уринарных и (или) магистральных сосудов); количество календарных дней парентерального питания;

2) оперативный анализ заболеваемости ИСМП (ИОХВ, ИМВП, ИК, ИНДП и других) должен проводиться 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;

места нахождения в послеоперационном периоде (реанимационное, палатное); профилактического

применения антибиотиков (периоперационная профилактика) и последующей антимикробной терапии;

типа операционной раны по степени контаминации (класса раны); оценки тяжести состояния пациента;

результатов клинических микробиологических исследований пациента; результаты микробиологических исследований медицинских изделий после использования у пациента (эндотрахеальная трубка, дистальный фрагмент катетера и иные); данных микробиологического мониторинга в отделении нахождения пациента (реанимационное, палатное); нарушения противоэпидемического режима (недостаточная обеспеченность одноразовыми медицинскими изделиями, погрешности при обработке медицинского оборудования или медицинских изделий и другие) в период нахождения пациента.

3) ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости ИОХВ, ИМВП, ИК, ИНДП и других должен предусматривать:

анализ многолетней динамики заболеваемости с определением тенденции (рост, снижение, стабилизация) и темпов роста или снижения по отношению к выявленной в течении предыдущих 2-3 лет базовой заболеваемости;

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 ИОХВ, ИМВП, ИК, ИНДП и других;

3526. При проведении эпидемиологического анализа заболеваемости ИСМП в акушерских стационарах (отделениях) необходимо следующее:

1) оперативный анализ заболеваемости в акушерских стационарах (отделения) необходимо

проводить 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) групповыми заболеваниями следует считать появление 5 и более внутрибольничных заболеваний новорожденных, родильниц и персонал (суммарно), возникающих в пределах одного

инкубационного периода и связанных одним источником инфекции и (или) общими факторами передачи;

3) группами риска возникновения ИСМП среди родильниц необходимо считать женщин:

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 другие); после оперативного родоразрешения (кесарево сечения); с кровотечениями в послеродовом периоде.

К группам риска возникновения ИСМП среди новорожденных необходимо относить:

недоношенных;

переношенных;

родившихся 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; с патологией родов

(длительный безводный период и другие); при проведении искусственной

вентиляции легких; родившихся у матерей, страдающих алкоголизмом, наркоманией;

4) к факторам риска возникновения ИСМП новорожденных и родильниц необходимо относить:

инвазивные лечебно-диагностические вмешательства

(катетеризация сосудов, мочевыводящих путей, эндоскопические исследования, трансфузии, пункции, инъекции), ИВЛ, искусственное вскармливание и другие. Имеет значение кратность и длительность

процедур. При абдоминальном родоразрешении важно учитывать в экстренном или плановом порядке оно проводится. Назначение инвазивных процедур должно быть обосновано;

4) для профилактики ИСМП необходимо учитывать предпосылки и предвестники эпидемиологического неблагополучия в акушерском стационаре и проводить целенаправленные профилактические мероприятия до начала осложнения эпидемиологической обстановки и появления групповых заболеваний. К предвестникам осложнения эпидемиологической ситуации относят следующие:

факты поздней выписки новорожденных из род дома (после 5-го дня);

увеличение доли детей, переводимых на второй этап выхаживания;

появление генерализованных форм ИСМП;

увеличение доли диагнозов ВУИ среди всех инфекционных диагнозов новорожденных;

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



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.

5) 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. Администрация и персонал акушерского стационара принимает меры по устранению нарушений, усиливая весь комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий.

6) При невозможности устранения причин, способствующих росту заболеваемости ИСМП, в том числе наличие грубых нарушений противоэпидемического режима, ставят вопрос о прекращении работы акушерского стационара.

3527. Микробиологический мониторинг позволяет определить этиологическую структуру ИСМП, обнаружить циркуляцию госпитальных штаммов, оценить качество дезинфекционных мероприятий, а также выявить предвестники эпидемиологического неблагополучия, своевременно и целенаправленно провести профилактические мероприятия. В каждой МО должен быть разработан и внедрен в работу протокол микробиологического мониторинга (в виде СОП).

3528. Микробиологический мониторинг осуществляет микробиологическая лаборатория МО, при ее отсутствии могут привлекаться аккредитованные организации.

3529. В рамках микробиологического мониторинга приоритетным в части выявления эпидемических рисков является анализ результатов исследований материала, взятого из патологических локусов пациентов после «чистых» и «условно - чистых» оперативных вмешательств при подозрении и/или возникновении ИСМП. Микроорганизмы одного вида, выделенные в одном отделении, или после схожих операций (манипуляций), при ранжировании, занимающие первые или вторые места по частоте высева, будут свидетельствовать с большой долей вероятности о госпитальном характере данной микрофлоры и необходимости принятия целенаправленных профилактических и противоэпидемических мероприятий.

3530. Для выявления госпитальных штаммов и их циркуляции на объектах больничной среды (факторы передачи инфекции экзогенного генеза) проводят тестирование выделенных штаммов от больных и из внешней среды на чувствительность/резистентность к антимикробным средствам (антибиотикам, дезинфицирующим средствам).

### 3531. 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 или локальными нормативными актами, но не реже 1 раз в 6 месяцев. Объем санитарнобактериологических исследований определяется эпидемиологической необходимостью. Приоритетным следует считать контроль качества обработки рук медицинского персонала, контроль стерильности инструментов, инъекционных растворов, перевязочного и шовного материала.

3532. В связи с тем, что бактерии на абиотических поверхностях (медицинское оборудование, мебель, инструментарий, включая эндоскопы) могут находиться в форме микробных ассоциаций - биологических пленок, дополнительно 1 раз в 6 месяцев и по эпидемическим показаниям проводят процедуры индикации и разрушения (деструкции) матрикса биопленок с последующим выявлением свободноживущих микроорганизмов.

3533. 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, кувезы для новорожденных, посуда в пищеблоках (буфетных), помещения для приготовления детских смесей и для сбора и хранения грудного молока; медицинские изделия (медицинские инструменты, перевязочный и шовный материал и другие) на стерильность;

лекарственные формы;

грудное молоко, детские питательные смеси, молокоотсосы для индивидуального применения, емкости для сбора сцеженного грудного молока, емкости для детских смесей, растворы для питья новорожденных, средства для ежедневного туалета новорожденных;

руки персонала,

оборудование для стерилизации;

дезинфекционные камеры;

химические средства для дезинфекции;

белье;

рабочие поверхности и оборудование пищеблока (буфетных), посуда.

3534. Взятие проб с поверхностей различных объектов осуществляют методом смывов (не менее 5 смывов в одном помещении), проб воздуха - аспирационным методом.

3535. В плановом порядке исследования проводят на санитарно-показательную микрофлору - стафилококки, бактерии группы кишечной палочки.

3536. По эпидемическим показаниям перечень и объем исследований определяют в соответствии с конкретной эпидемиологической обстановкой и предполагаемым этиологическим агентом (микроорганизмы из группы ESCAPE: *Enterococcus*, *Staphylococcus aureus*, *Acinetobacter* spp., *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacteriaceae* (*E. coli*, *K. pneumoniae*, *Enterobacter* spp., *Proteus* spp.)).

3537. Медицинские изделия, подлежащие контролю на стерильность, направляют в микробиологическую лабораторию в упаковке, в которой проводилась стерилизация. Их доставляют в лабораторию с соблюдением требований к срокам и условиям транспортировки проб для санитарно-бактериологических исследований.

3538. При расследовании групповых заболеваний для выявления источников инфекции, путей и факторов передачи проводят внутривидовое типирование микроорганизмов, выделенных от больных, медицинского персонала, объектов окружающей среды с применением молекулярно-генетических методов идентификации.

3539. Микробиологическая лаборатория должна располагать следующей информацией, которая при необходимости представляется заместителю руководителя МО по санитарно-эпидемиологическим вопросам/заместителю руководителя по лечебной работе/врачу-эпидемиологу/эпидемиологу для осуществления оперативного и ретроспективного анализа и разработки профилактических и противоэпидемических мероприятий:

количество клинических образцов, направленных на исследование из каждого отделения;

количество выделенных и идентифицированных микроорганизмов, включая дрожжевые грибки (отдельно по каждому из видов);

количество выделенных микробных ассоциаций;

количество микроорганизмов, тестированных на чувствительность к каждому из антибиотиков;

чувствительности выделенных микроорганизмов к дезинфицирующим средствам, применяемым в отделении.

### **Организация дезинфекционных мероприятий в медицинских организациях**

3540. В целях профилактики ИСМП в МО осуществляют дезинфекционные и стерилизационные мероприятия, которые включают в себя работы по профилактической и очаговой дезинфекции, дезинсекции, дератизации, а также, дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации медицинских изделий.

3541. Руководитель МО должен обеспечить организацию и проведение дезинфекционных (дезинфекция, дезинсекция, дератизация) и стерилизационных (предстерилизационная очистка, стерилизация) мероприятий, а также обучение персонала по данным вопросам.

3542. Дезинфекции подлежат объекты, которые могут служить факторами передачи ИСМП: медицинские изделия (включая медицинское оборудование), руки персонала, кожные покровы (операционное и инъекционное поле) пациентов, кожа локтевых сгибов доноров, предметы ухода за больными, воздух в помещениях класса чистоты А, Б и В, постельные принадлежности, посуда, рабочие поверхности медицинских столов, стоек, тележек, каталок, мебель, приборы, аппараты, больничные текстиль, уборочный инвентарь, медицинские отходы. Выделения больных (моча, фекалии) и биологические жидкости (мокрота, кровь и другие) допускается без предварительного обеззараживания сливать в систему централизованной канализации.

3543. Для проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий МО должны быть

обеспечены моющими и дезинфицирующими средствами, средствами для предстерилизационной очистки и стерилизации различного назначения, кожными антисептиками, стерилизационными упаковочными материалами, а также средствами контроля (в том числе экспресс-индикаторами), необходимым дезинфекционным и стерилизационным оборудованием.

3544. Для проведения профилактической и текущей дезинфекции в присутствии пациентов применяют малоопасные (IV класса опасности) дезинфекционные средства.

3545. При использовании дезинфектантов в присутствии пациентов (профилактическая и текущая дезинфекция) запрещается обеззараживание поверхностей растворами дезинфицирующих средств способом орошения (только способом протирания).

3546. Необходимо иметь отдельные емкости с рабочими растворами дезинфицирующих средств, используемых для обработки различных объектов:

отдельно для каждого этапа обработки медицинских изделий (предварительная очистка, дезинфекция, предстерилизационная/окончательная очистка (для отдельных дезинфицирующих средств в соответствии с инструкцией по их применению этапы дезинфекции и предстерилизационной/окончательной очистки могут быть совмещены), ДВУ /стерилизация);

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.

3547. Емкости с рабочими растворами дезинфицирующих средств должны быть снабжены плотно прилегающими крышками, иметь четкие надписи с указанием средства, его концентрации, назначения, даты приготовления.

3548. Профилактическая дезинфекция осуществляется в трех формах: плановой, по эпидемиологическим и по санитарно-гигиеническим показаниям,

3549. Плановую профилактическую дезинфекцию в МО проводят систематически 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 иные; освобождения помещений МО и окружающей территории от членистоногих и грызунов.

3550. При плановой профилактической дезинфекции в МО проводится: обеззараживание всех видов поверхностей внутрибольничной среды,

обеспечивающее гибель санитарно-показательных бактерий и уменьшение контаминации микроорганизмами различных объектов, в том числе воздуха, предметов ухода за больными, посуды и других;

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

дезинфекция высокого уровня эндоскопов (ДВУ), используемых в диагностических целях (без нарушения целостности тканей, то есть при "нестерильных" эндоскопических манипуляциях), обеспечивающая гибель всех вирусов, грибов рода Кандида, вегетативных форм бактерий и большинства споровых форм микроорганизмов; гигиеническая обработка рук медицинского персонала; обработка рук хирургов и других лиц, участвующих в проведении оперативных вмешательств и приеме родов;

обработка операционного и инъекционного полей;

полная или частичная санитарная обработка кожных покровов;

обеззараживание медицинских отходов классов Б и В;

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

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

3551. Для профилактической дезинфекции при обработке поверхностей в помещениях по противобактериальному (кроме возбудителей туберкулеза) режиму используют химические дезинфицирующие средства, предназначенные для этих целей и имеющие соответствующие режимы в инструкции по применению дезинфицирующего средства. При проведении профилактической дезинфекции по эпидемиологическим показаниям выбор ДС осуществляют с учетом результатов исследования чувствительности к ДС циркулирующей в отделении эпидемиологически значимой микрофлоры.

3554. Поверхности в помещениях, приборы, оборудование обеззараживают способом протирания. Для этих целей преимущественно используются дезинфицирующие средства с моющими свойствами, для совмещения процесса обеззараживания объекта с его мойкой в один этап, либо после дезинфекции включать этап последующей влажной уборки с применением моющих средств.

3555. При необходимости экстренной обработки небольших по площади или труднодоступных поверхностей возможно применение дезинфицирующих средств в готовой форме, в том числе 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.

3556. Предметы ухода за пациентами (подкладные клеенки, фартуки, чехлы матрасов из полимерной пленки и клеенки) дезинфицируют способом протирания салфетками, смоченными растворами дезинфицирующих средств. Кислородные маски, рожки от кислородной подушки, шланги электровакуумных отсосов, судна, мочеприемники, емкости эмалированные, медицинские термометры, наконечники для клизм, резиновые клизмы и другие обеззараживают способом погружения в раствор дезинфицирующего средства с последующим промыванием водой. Для обработки предметов ухода за пациентами возможно использование моюще-дезинфицирующих машин, разрешенных для применения, в случае их наличия в отделениях.

3557. Профилактическую дезинфекцию по эпидемиологическим показаниям проводят с целью предотвращения распространения возбудителей ИСМП и их переносчиков в отделениях (палатах) из соседних отделений (палат).

3558. Её осуществляют с учетом эпидемиологических особенностей конкретной нозологической формы ИСМП (инкубационный период, устойчивость и длительность **выживания** возбудителя на объектах, имеющих наибольшее эпидемиологическое значение) и режимов применения средств обеззараживания (дезинфекции, при необходимости - дезинсекции, дератизации).

3559. Профилактическую дезинфекцию по санитарно-гигиеническим показаниям проводят как разовое мероприятие в помещениях МО, находящихся в неудовлетворительном санитарном содержании по методике проведения генеральных уборок.

3560. Генеральную уборку осуществляют с целью удаления загрязнений и снижения микробной обсемененности в помещениях организаций. Проведение генеральной уборки фиксируют в журнале произвольной формы.

3561. Генеральные уборки в операционных блоках, перевязочных, процедурных, манипуляционных, стерилизационных и других помещений с асептическим режимом проводят не реже одного раза в 7 календарных дней дезинфицирующими средствами по режимам, обеспечивающим гибель бактерий, вирусов и грибов.

3562. Генеральные уборки в палатных отделениях (кроме инфекционных), врачебных кабинетах, административно-хозяйственных помещениях, отделениях и кабинетах физиотерапии и функциональной диагностики и других проводят не реже одного раза 30 календарных дней дезинфицирующими средствами по режимам, предусмотренным для профилактики и борьбы с бактериальными инфекциями, а в инфекционных отделениях - по режимам, рекомендованным для конкретных возбудителей.

3563. При генеральной уборке проводят мытье, очистку и обеззараживание поверхностей помещений (в том числе труднодоступных), дверей (в том числе наличников), окон (с внутренней стороны), плинтусов, мебели, оборудования (в том числе осветительных приборов), аппаратуры с использованием моющих и дезинфицирующих средств (или дезинфицирующих средств с моющими свойствами) с последующим обеззараживанием воздуха.

3564. Текущие уборки в МО неинфекционного профиля, кроме помещений с асептическим режимом, проводят с применением моющих средств (без использования дезинфицирующих средств). Текущие уборки в МО проводятся не реже 2 раз в день. В операционных блоках, перевязочных, процедурных, манипуляционных, стерилизационных и других помещений с асептическим режимом текущую уборку помещений проводят с применением дезинфицирующих средств по режимам эффективным для профилактики вирусных инфекций.

3565. В операционных между операциями проводят текущую дезинфекцию рабочих поверхностей с применением дезинфицирующих средств по режимам, эффективным для профилактики парентеральных вирусных гепатитов.

3566. При возникновении в стационаре (отделении) ИСМП, а также в стационарах (отделениях)

инфекционного профиля при текущей уборке применяют дезинфицирующие средства по режиму, эффективному в отношении возбудителя соответствующей инфекции.

3567. В медицинских организациях в целях профилактики распространения госпитальных клонов (штаммов) микроорганизмов, локализации и ликвидации эпидемических очагов ИСМП возможно использование биологического метода дезинфекции с использованием бактериофагов. Дезинфекция биологическим методом с использованием бактериофагов применяется в эпидемиологически значимых специализированных отделениях медицинских организаций (отделения интенсивной терапии и реанимации, ожоговые, хирургические и иные), где использование химических дезинфицирующих средств ограничено невозможностью регулярного освобождения помещений от больных, насыщенностью этих отделений большим количеством сложных медицинских аппаратов и систем слежения за функциями пациентов.

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

Перед дезинфекцией с использованием бактериофага проводят предварительное изучение его литической активности и оценка чувствительности к нему конкретного вида бактерий.

3568. Очаговую дезинфекцию проводят 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.

Очаговую дезинфекцию осуществляют в формах текущей и заключительной очаговой дезинфекции с включением этапа влажной уборки с применением моющих средств.

Целью очаговой дезинфекции является предупреждение распространения возбудителей инфекций от больных (носителей) через объекты, имевшие контакт с больными или с их выделениями.

При очаговой дезинфекции обеззараживают различные объекты, имеющие эпидемиологическое значение в передаче возбудителя; проводят гигиеническую обработку рук медицинского персонала, полную или частичную обработку кожных покровов пациентов, при необходимости - дезинсекцию и дератизацию.

3569. Текущую очаговую дезинфекцию проводят при наличии источника инфекции (заболевшего ИСМП пациента). Обеззараживают объекты внутрибольничной среды в окружении больного с момента выявления у него внутрибольничной инфекции и до выписки (или перевода в другое отделение/стационар).

3570. В ходе текущей очаговой дезинфекции проводят 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.

3571. При текущей очаговой дезинфекции медицинский персонал проводит гигиеническую обработку рук, полную или частичную обработку кожных покровов пациента.

3572. Заключительную очаговую дезинфекцию проводят 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.

3573. В ходе заключительной очаговой дезинфекции обеззараживают поверхности в помещениях, в которых находился пациент, места общего пользования, поверхности оборудования и приборы, медицинские изделия, предметы ухода за больным, медицинские отходы. После заключительной дезинфекции в помещениях проводят влажную уборку с применением моющих средств. Заключительную дезинфекцию проводят в отсутствие пациентов, при этом персонал, выполняющий обработку, должен использовать средства индивидуальной защиты (респиратор, защитные очки, перчатки, фартук).

При проведении заключительной дезинфекции следует применять средства с широким спектром антимикробного действия. Обработку поверхностей осуществляют способом протирания, орошения или аэрозольным методом с применением генераторов аэрозолей. Конкретная норма расхода дезинфицирующих средств определяется инструкцией по их применению.

При заключительной дезинфекции постельные принадлежности (матрасы, подушки, одеяла), нательное белье и вещи больного (по показаниям), выдаваемые ему перед выпиской, обеззараживают в дезинфекционных камерах. 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.

По показаниям проводят полную или частичную санитарную обработку кожных покровов больных перед выпиской. Обеззараживают санитарный транспорт, перевозивший больного. При необходимости проводят дезинсекцию и дератизацию.

3574. Воздух помещений 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 определяют расчетным путем с учетом объема помещения, типа и производительности установки. Экспозицию облучения рассчитывают согласно нормам и регистрируют 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 заключительной дезинфекции 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;

возможно использование других технологий с применением специального оборудования, разрешенного к применению.

Технология обработки и режимы обеззараживания воздуха изложены в санитарных правилах, а также в инструкциях по применению дезинфекционных средств и руководствах по эксплуатации оборудования, предназначенного для обеззараживания воздуха в помещениях.

3575. В МО должен быть не менее чем месячный запас дезинфицирующих средств различного химического состава и назначения в соответствии с расчетной потребностью.

3576. Хранение дезинфицирующих средств допускается в специально отведенных местах, соответствующих обязательным требованиям, в оригинальной упаковке изготовителя отдельно от лекарственных препаратов, в местах, недоступных детям. Не допускается использование дезинфицирующих средств с истекшим сроком годности.

3577. В целях предупреждения и своевременного выявления резистентных к дезинфицирующим средствам штаммов микроорганизмов следует проводить мониторинг устойчивости эпидемиологически значимых штаммов к применяемым дезинфицирующим средствам. По результатам исследования принимают решение о необходимости ротации дезинфицирующего средства (последовательная замена дезинфицирующего агента из одной химической группы на ДВ из другой химической группы) после предварительной оценки чувствительности госпитального штамма к вновь выбранному ДС.

3578. Требования к проведению дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации медицинских изделий.

3579. Медицинские изделия многократного применения подлежат последовательно: дезинфекции, предстерилизационной очистке, стерилизации, последующему хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию микроорганизмами.

3580. 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.

3581. 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.

3582. Изделия однократного применения утилизируют в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями к обращению с медицинскими отходами

3583. При выборе дезинфекционных средств необходимо учитывать рекомендации изготовителей медицинских изделий? касающиеся воздействия конкретных средств на материалы этих изделий.

3584. Для дезинфекции медицинских изделий применяют дезинфицирующие средства, обладающие широким спектром антимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное - с активностью в отношении грибов рода *СапсМа*) действия. Выбор режимов дезинфекции проводят по наиболее устойчивым микроорганизмам - между вирусами или грибами рода *СапсИба*. В туберкулезных медицинских организациях - по микобактериям туберкулеза, при этом средства должны быть протестированы на *МусоЪаслепт 1еггае*. В микологических стационарах (кабинетах) — по режимам, эффективным в отношении дерматофитов.

3585. Дезинфекцию изделий выполняют ручным (в специально предназначенных для этой цели емкостях) или механизированным (моюще-дезинфицирующие мятпитт. ультразвуковые установки) способами.

3586. Для предотвращения контаминации возбудителями ИСМП дезинфицирующих растворов их многократное использование для дезинфекции медицинских изделий допускается в течение рабочей смены, если их внешний вид не изменился (включая мутность, хлопья, осадок, изменение цвета) вне зависимости от наличия рекомендаций по срокам использования рабочих растворов дезинфицирующих средств, указанных в инструкциях по их применению.

3587. 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.

3588. 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.

3589. Дезинфекцию способом протирания допускается применять для тех медицинских изделий, которые не соприкасаются непосредственно с пациентом или конструкционные особенности которых не позволяют применять способ погружения.

3590. Способом протирания дезинфицируют профессиональные («многопользовательские», «госпитальные») глюкометры для экспресс-мониторинга уровня глюкозы в крови, предназначенные для применения у разных пациентов. Их конструкция позволяет без нарушения функциональных свойств применять дезинфицирующие салфетки или обычные тканевые салфетки, увлажненные раствором дезинфицирующего средства, рекомендуемого инструкцией по применению глюкометра. Дезинфицирующие средства используют по противовирусному режиму.

3591. После дезинфекции медицинские изделия многократного применения должны быть отмыты от остатков средства в соответствии с рекомендациями, изложенными в инструкции по его применению.

3592. Критерием качества проведенной дезинфекции является отсутствие высева санитарно-показательных микроорганизмов (золотистый стафилококк и бактерии группы кишечной палочки) в смывах с поверхностей и каналов изделий-

3593. Предстерилизационную очистку изделий осуществляют ручным или механизированным способами путем мытья в растворе моющего средства после дезинфекции или при совмещении мытья с дезинфекцией в одном процессе (в зависимости от применяемого средства) в соответствии с инструкцией по эксплуатации, прилагаемой к конкретному оборудованию.

3594. При проведении предстерилизационной очистки (самостоятельной или совмещенной с дезинфекцией) ручным способом этапами процесса являются:

замачивание (выдерживание) изделий в средстве (в случае готового к применению средства) или в рабочем растворе средства;

мойка каждого изделия в том же средстве/растворе, в котором проводили замачивание, при помощи соответствующих приспособлений (ерши, щетки, ватномарлевые тампоны, тканевые салфетки, шприцы);

ополаскивание проточной питьевой водой;

ополаскивание дистиллированной водой;

сушка.

3595. Раствор средства для предстерилизационной очистки (самостоятельной или совмещенной с дезинфекцией) при ручном способе очистки можно использовать многократно в течение одной рабочей смены, если это допускается инструкцией по применению средства. При механизированном способе очистки в моющедезинфицирующих машинах раствор используется однократно.

3596. Предстерилизационную очистку изделий проводят в централизованном стерилизационном отделении (далее ЦСО), при его отсутствии - по месту проведения манипуляций.

3597. Качество предстерилизационной очистки изделий оценивают путем постановки проб (разрешенных к применению) 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 инструкциями по применению конкретных средств.

3598. Контроль качества предстерилизационной очистки проводят ежедневно. Контролю подлежат: в ЦСО — 1 % от каждого наименования изделий, обработанных за смену; при децентрализованной обработке - 1 % одновременно обработанных изделия каждого наименования, но не менее трех единиц. Результаты контроля регистрируют в журнале.

3599. Стерилизации подвергают все медицинские изделия многократного применения, контактирующие с раневой поверхностью, кровью (в организме пациента или вводимых в него) и (или) инъекционными препаратами, а также отдельные виды медицинских инструментов, которые в

процессе эксплуатации соприкасаются со слизистой оболочкой пациента, и могут вызвать ее повреждение.

3600. Изделия однократного применения, предназначенные для осуществления таких манипуляций, выпускают в стерильном виде предприятиями-изготовителями.

3601. Запрещается повторное использование изделий однократного применения или использование их после истечения срока годности, указанного производителем.

3602. Стерилизацию изделий проводят в ЦСО, при его отсутствии - в отделениях МО.

При соблюдении требований к стерильности медицинских изделий и обеспечению эпидемиологической безопасности процессов транспортировки медицинских изделий до и после обработки допускается привлечение для проведения стерилизации медицинских изделий сторонних организаций (аутсорсинг), осуществляющих стерилизацию медицинских изделий в ЦСО с полным циклом обработки медицинских изделий, оборудованном в соответствии с требованиями санитарных правил и имеющем достаточные производственные мощности.

3603. 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 необходимого 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.

### **Физические методы стерилизации**

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.

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) высушивают в сушильном шкафу при температуре 85°C до исчезновения видимой влаги. Использование сушильных шкафов для стерилизации воздушным методом запрещается.

3604. Химический метод стерилизации с применением растворов химических средств, обладающих спороцидной активностью, в том числе применяют для стерилизации изделий, в конструкции которых использованы термолабильные материалы, не позволяющие использовать иные доступные методы стерилизации. Для химической стерилизации применяют растворы альдегидсодержащих, кислородактивных и некоторых хлорсодержащих средств, обладающих спороцидным действием.

Не применяют для этих целей средства на основе катионных поверхностноактивных веществ (КЛАВ): четвертичные аммониевые соединения (ЧАС), гуанидины, третичные амины, фенолы и спирты, так как они не обладают спороцидным действием.

3605. Для стерилизации медицинских изделий многократного применения и ДВУ эндоскопов используют рабочие растворы химических средств стерилизации со следующим содержанием ДВ:

глутаровый альдегид - не менее 2,0%;

ортофталевый альдегид - не менее 0,55%;

перекись водорода - не менее 6%;

надуксусная кислота - не менее 0,2%.

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

При стерилизации растворами химических средств, все манипуляции проводят, 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.

При стерилизации химическим методом с применением растворов химических стерилизующих 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 календарных дней.

3606. Газовым методом стерилизуют изделия из различных, в том числе термолабильных материалов, используя в качестве стерилизующих средств окись этилена, формальдегид и другие, разрешенные к применению 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 (руководствам) по эксплуатации стерилизаторов, зарегистрированных и разрешенных к применению на территории Российской Федерации.

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

3607. Химическим методом с применением паров перекиси водорода в специально предназначенных, в том числе 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.

3608. 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.

3609. Инфракрасным методом стерилизуют стоматологические и некоторые другие инструменты из металлов.

3610. При воздушном и инфракрасном методах допускается стерилизация инструментов в неупакованном виде (в открытых лотках), после чего их сразу используют по назначению.

3611. При паровом, воздушном, газовом методах, а также при использовании паров перекиси водорода изделия стерилизуют в упакованном виде, используя упаковочные материалы в соответствии с инструкцией по применению (однократно или многократно). Сроки хранения определяется видом упаковочного материала, согласно инструкции по его применению, и указываются на упаковке.

3612. Запрещается использовать деформированные стерилизационные коробки, с поломанными замками, а также фильтрами, у которых исчерпан ресурс по допустимой кратности применения или истек срок годности.

3613. 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. Стерилизационные коробки с ватой не следует ставить вблизи двери стерилизатора и зоны подачи пара.

3614. Выдачу простерилизованных коробок следует проводить после их полного остывания. На коробках указывают дату стерилизации.

3615. Для доставки в отделения упаковки со стерильными изделиями необходимо помещать в транспортную тару (закрытые контейнеры, мешки), предотвращающую загрязнение и механическое повреждение при транспортировке. Преимущество следует отдавать закрытым контейнерам.

3616. Стерильные упаковки необходимо хранить на полках в закрывающихся шкафах, избегая попадания прямых солнечных лучей. Не допускается хранение стерильных упаковок, в том числе стерилизационных коробок со стерильными изделиями на подоконниках, во влажных местах, рядом с раковинами.

3617. Стерилизация медицинских изделий в неупакованном виде допускается при децентрализованной системе обработки в следующих случаях:

стерилизации изделий растворами химических средств;

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

Все изделия, простерилизованные в неупакованном виде, необходимо 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.

3618. При необходимости, инструменты, простерилизованные в неупакованном виде одним из термических методов, после окончания стерилизации допускается хранить в разрешенных к

применению бактерицидных камер, оснащенных ультрафиолетовыми **бактерицидными** лампами в течение срока, указанного в руководстве по эксплуатации оборудования, а в случае отсутствия таких камер - на стерильном столе не более 6 часов.

3619. **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.

3620. Бактерицидные камеры, оснащенные ультрафиолетовыми лампами, допускается применять только с целью хранения инструментов для снижения риска их вторичной **контаминации** микроорганизмами в соответствии с инструкцией по эксплуатации. Запрещается применять такое оборудование с целью дезинфекции или стерилизации изделий, а также использовать медицинскую мебель со встроенными ультрафиолетовыми лампами.

3621. Все манипуляции по накрытию стерильного стола в операционных и перевязочных проводят в стерильном халате, медицинской шапочке, маске и перчатках, с использованием стерильных простыней. Делают отметку о дате и времени накрытия стерильного стола. Стерильный стол накрывают не более чем на 6 часов, при этом, все инструменты должны быть полностью покрыты стерильной тканью.

3622. Не использованные в течение этого срока материалы и инструменты со стерильного стола направляют на повторную стерилизацию.

3623. Не допускается использование медицинских изделий с истекшим сроком хранения после стерилизации.

3624. В МО должен использоваться шовный материал, выпускаемый в стерильном виде в упаковке производителя. Запрещается обрабатывать и хранить шовный материал в этиловом спирте.

3625. Флаконы с растворами для парентерального введения перед использованием визуально проверяют на мутность, наличие частиц, трещин и срок годности. Перед введением иглы во флакон резиновые пробки протирают 70%-м раствором спирта. На этикетках многодозовых флаконов указывается дата и время вскрытия, содержимое таких флаконов используют не более 6 часов с момента вскрытия, если иное не предусмотрено инструкцией к препарату.

3626. Учет стерилизации медицинских изделий ведут в журнале по учетной статистической форме.

3627. Контроль стерилизации включает контроль работы стерилизаторов, проверку значений параметров режимов стерилизации и оценку ее эффективности.

3628. Контроль работы стерилизаторов проводят физическим, химическим и бактериологическим методами:

физическим - с использованием контрольно-измерительных приборов;

химическим - с использованием химических индикаторов;

бактериологическим — с использованием биологических индикаторов.

3629. Стерилизаторы подлежат бактериологическому контролю после их установки (ремонта), а

также в ходе эксплуатации не реже двух раз в год в порядке производственного контроля.

3630. Эффективность работы стерилизаторов подтверждается отсутствием роста тест-культуры в биологических индикаторах в сочетании с удовлетворительными результатами контроля физическим и химическим методами.

3631. Техническое обслуживание, гарантийный и текущий ремонт стерилизаторов осуществляют специалисты сервисных служб.

3632. Стерильность медицинских изделий оценивают на основании результатов бактериологических исследований. Критерием эффективности является 100% гибель микроорганизмов всех видов.

3633. Кратность контроля стерильности изделий медицинского назначения - не реже 1 раза в полгода. В соответствии с правилами внутреннего распорядка (локальными нормативными актами) или СОП кратность может быть увеличена (1 раз в месяц или 1 раз в квартал).

3634. Контроль качества дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации медицинских изделий проводят ответственные лица в рамках производственного контроля, а также органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

### **Обеспечение эпидемиологической безопасности при эндоскопических вмешательствах**

3635. Эндоскопические вмешательства являются малоинвазивными, высокоинформативными и эффективными медицинскими услугами, направленными на диагностику (эндоскопическое обследование) и лечение (эндоскопическая манипуляция, в том числе эндоскопическое оперативное вмешательство) различных заболеваний.

3636. Эндоскопические вмешательства выполняются с использованием эндоскопического оборудования, в том числе эндоскопов и инструментов к ним самостоятельно или в составе эндоскопических и эндохирургических комплексов (систем).

3637. Эндоскопы в процессе использования контактируют со слизистыми оболочками и (или) проникают в стерильные органы, ткани и полости организма. По назначению они подразделяются на эндоскопы для проведения нестерильных и стерильных эндоскопических вмешательств.

3638. Нестерильными считаются вмешательства, при которых эндоскоп вводится через естественные пути в органы, в норме содержащие собственную микрофлору (желудочно-кишечный тракт, дыхательные пути).

3639. Стерильными считаются вмешательства, при которых эндоскоп вводится через проколы, разрезы кожных и слизистых покровов в кровяное русло, стерильные полости или ткани организма, а также в стерильные в норме органы (матка, мочевого пузырь) через естественные пути.

3640. При дезинфекции высокого уровня (далее - ДВУ) обеспечивается гибель вегетативных форм бактерий (в том числе микобактерий), грибов, оболочечных и безоболочечных вирусов и некоторого количества спор бактерий. ДВУ эндоскопов



проводится ручным способом или механизированным способом в моеще- дезинфицирующей машине (далее - МДМ).

### **Организация и контроль мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний, связанных с эндоскопическими вмешательствами**

3641. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в структурных подразделениях медицинских организаций, выполняющих эндоскопические вмешательства и (или) проводящих обработку и хранение эндоскопического оборудования, направлены на недопущение передачи возбудителей инфекционных болезней пациентам и персоналу.

3642. В структурных подразделениях медицинской организации, выполняющих эндоскопические вмешательства, локальным актом руководителя организации должны быть определены лица, ответственные за организацию и проведение противоэпидемических мероприятий, в том числе за качество обработки эндоскопического оборудования.

3643. Руководителем эндоскопического отделения или врачом эндоскопического кабинета должна разрабатываться рабочая инструкция по обработке эндоскопов, имеющихся на оснащении структурного подразделения, которая согласовывается с эпидемиологом и утверждается руководителем медицинской организации. Указанная инструкция должна разрабатываться на основании положений настоящих санитарных правил, эксплуатационной документации на эндоскопы и на оборудование, предназначенное для их обработки и хранения, инструкций по применению используемых химических средств очистки, дезинфекции и стерилизации.

3644. Стандартные операционные процедуры (далее СОПы) подготовки медицинских изделий для эндохирургических вмешательств к повторному использованию составляются заведующим (старшей медицинской сестрой) ЦСО и старшей медицинской сестрой операционного блока на основании требований настоящих санитарно-эпидемиологических правил, эксплуатационной документации изготовителя медицинских изделий и технических средств очистки, дезинфекции и стерилизации, инструкций по применению используемых химических средств очистки, дезинфекции и стерилизации. СОПы согласовываются с эпидемиологом и утверждаются руководителем МО.

3645. Медицинские работники, непосредственно связанные с проведением эндоскопических вмешательств и обработкой эндоскопического оборудования (врачи и медицинские сестры), должны проходить не реже одного раза в 5 лет повышение квалификации на базе организаций, имеющих лицензию на образовательную деятельность, по дополнительным профессиональным программам, включающим вопросы обеспечения эпидемиологической безопасности эндоскопических вмешательств.

3646. Мероприятия по контролю за выполнением требований настоящих санитарных правил, в том числе проведение инструментального и лабораторного контроля качества обработки эндоскопического оборудования, включаются в Программу (план) производственного контроля медицинской организации.

3647. Каждому гибкому эндоскопу для проведения нестерильных эндоскопических вмешательств

присваивается идентификационный код (номер), включающий сведения о его модели и серийном номере. Идентификационный код эндоскопа должен указываться в протоколе эндоскопического вмешательства или в журнале записи оперативных вмешательств, в графе особые отметки журнала регистрации исследований, выполняемых в отделе, отделении, кабинете эндоскопии, в журнале контроля обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств.

3648. Каждый цикл обработки эндоскопа должен быть документирован.

3649. В журнале контроля обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств (приложение 34 к Санитарным правилам) должны указываться:

дата обработки эндоскопа;

идентификационный код (номер) эндоскопа;

результаты теста на герметичность;

наименование средства для окончательной очистки ручным способом;

время начала и окончания процесса окончательной очистки ручным способом;

результаты контроля качества очистки;

способ ДВУ эндоскопа (ручной или механизированный). При ручном способе обработки должны быть указаны: название средства и контролируемые параметры режима его применения (температура и концентрация раствора, результаты экспресс контроля уровня содержания в нем действующего вещества (далее - ДВ), время начала/окончания дезинфекционной выдержки). При механизированном способе обработки должны быть указаны: порядковый номер или марка МДМ (при наличии в отделении нескольких единиц техники для обработки эндоскопов), номер используемого режима обработки, наименование средств очистки и ДВУ; концентрация раствора и результаты экспресс контроля уровня содержания ДВ в средстве ДВУ многократного применения, время завершения цикла обработки в МДМ;

фамилия, имя, отчество и подпись медицинского работника, проводившего обработку.

3650. Качество очистки эндоскопов, предназначенных для стерильных

вмешательств, а также инструментов для проведения стерильных и нестерильных вмешательств должно отмечаться в журнале учета качества предстерилизационной обработки.

3651. В журнале контроля стерилизации медицинских изделий для эндохирургических вмешательств ручным способом (приложение 37 к Санитарным правилам), который заполняется в стерилизационном помещении операционного блока или профильного хирургического отделения, должны указываться:

дата и время начала обработки;

наименование и количество всех стерилизуемых изделий, в том числе оптического прибора, головки видеокамеры, световода;

номер медицинской карты стационарного больного или медицинской карты пациента, получающего медпомощь в амбулаторных условиях, для которого эти медицинские изделия использовались;

наименование стерилизующего средства и контролируемые параметры режима его применения (температура и концентрация раствора, результаты экспресс контроля уровня содержания ДВ в растворе/готовом средстве многократного применения, время стерилизационной выдержки);

время завершения стерилизации и упаковки стерилизованных изделий;

фамилия, имя, отчество и подпись медицинского работника, проводившего обработку.

3652. При проведений стерилизации медицинских изделий для эндохирургических вмешательств в стерилизационном помещении операционного блока или в централизованном стерилизационном отделении (далее - ЦСО) с использованием стерилизационного оборудования параметры стерилизации регистрируются в журнале контроля работы стерилизатора.

3653. При стерилизации Инструментов для проведения нестерильных эндоскопических вмешательств ручным способом в дезинфекционно-стерилизационном или стерилизационном помещении эндоскопического отделения данные о процессе стерилизации фиксируется в журнале контроля стерилизации медицинских изделий для эндохирургических вмешательств ручным способом (приложение 37 к Санитарным правилам) за исключением указания номера медицинской карты пациента.

3654. Транспортировка эндоскопов для нестерильных вмешательств по коридорам между помещениями эндоскопического отделения и за его пределами должна осуществляться в закрытом виде в жестких контейнерах или на лотках, которые подлежат дезинфекции после каждого использования.

3655. Транспортировка жесткого эндоскопа для энд<sup>44</sup>хирургических вмешательств в ЦСО должна осуществляться отдельно от инструментов в специальной решетчатой корзине (сетчатом лотке, контейнере) с эластичными креплениями для его надежной фиксации и обеспечения сохранности оптики.

### **Требования к циклу обработки эндоскопов и инструментов к ним**

3656. Эндоскопы для нестерильных эндоскопических вмешательств и принадлежности к ним (клапаны, заглушки, колпачки) непосредственно после использования подлежат последовательно:

предварительной очистке;

окончательной очистке или окончательной очистке, совмещенной с дезинфекцией;

дезинфекции высокого уровня;

хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию.

3657. Эндоскопическое оборудование, в том числе эндоскопы для стерильных эндоскопических вмешательств, все инструменты многоразового использования для стерильных и нестерильных вмешательств непосредственно после использования подлежат последовательно:

предварительной очистке;

предстерилизационной очистке, совмещенной с дезинфекцией;

стерилизации;

хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию.

3658. Цикл обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств нельзя прерывать. После каждого использования в полном объеме должны быть выполнены все процессы обработки эндоскопа, в том числе подвергнуты обработке все каналы независимо от того были они использованы при проведении вмешательства или нет. При оказании медицинской помощи эндоскопическим методом за пределами базовой МО и отсутствии условий для проведения окончательной очистки и ДВУ эндоскопа выполнение этих процессов может быть отсрочено до возвращения эндоскопа в МО.

3659. Процесс стерилизации эндоскопов и инструментов к ним разрешается перенести на следующую рабочую смену при условии проведения их эффективной предстерилизационной очистки, совмещенной с дезинфекцией, и тщательной сушки.

## **Требования к планировке, оборудованию <sup>45</sup>санитарному содержанию помещений структурных подразделений медицинских организаций, выполняющих нестерильные эндоскопические вмешательства**

3660. Эндоскопическое отделение (кабинет) должно иметь следующие помещения:

Кабинет(ы) врача(ей);

Раздельные эндоскопические манипуляционные (в зависимости от видов проводимых вмешательств) для проведения:

бронхоскопии,

исследований верхних отделов желудочно-кишечного тракта,

исследований нижних отделов желудочно-кишечного тракта;

вспомогательные помещения.

3661. Сочетанное исследование верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта под седацией допускается проводить в одной манипуляционной. Выход пациента из седации должен осуществляться под медицинским контролем.

3662. Моечно-дезинфекционные помещения или моечно-дезинфекционный блок: моечная, дезинфекционно-стерилизационная и помещение (зона) для хранения чистых эндоскопов.

3663. Ретроградная холангиопанкреатография проводится в эндоскопической манипуляционной или в рентгеноперационной, соответствующей требованиям норм радиационной безопасности.

3664. При манипуляционной для проведения исследований нижних отделов пищеварительного тракта предусматривается наличие санитарного узла.

3665. Манипуляционная для проведения бронхоскопии (класс чистоты «Б») оборудуется системой приточно-вытяжной вентиляции с преобладанием притока воздуха. Подаваемый воздух должен подвергаться очистке и обеззараживанию с эффективностью не менее 95%.

3666. Помещение, в котором проводятся эндоскопические вмешательства, должно быть оборудовано раковиной для мытья рук медицинских работников. Использование раковины для других целей недопустимо.

3667. Предварительная очистка использованных эндоскопов и инструментов к ним выполняется в том же помещении, где проводилось вмешательство.

3668. Окончательная очистка или окончательная очистка при совмещении с дезинфекцией, а также дезинфекция высокого уровня эндоскопов проводятся в специально оборудованном моечно-дезинфекционном помещении (помещение для обработки эндоскопов) или моечно-дезинфекционном блоке (блок для обработки эндоскопов).

3669. Предстерилизационная очистка при совмещении с дезинфекцией инструментов проводится в ЦСО или в зоне очистки моечно-дезинфекционного помещения отдельно от эндоскопов ручным способом или с использованием ультразвуковых очистителей.

3670. Помещение для обработки эндоскопов оборудуется общеобменной приточно-вытяжной вентиляцией и местной вытяжной вентиляцией с удалением паров растворов на уровне моечных ванн.

3671. Для обеспечения эффективности ДВУ и сохранности эндоскопа в моечнодезинфекционном (дезинфекционно-стерилизационном) помещении устанавливаются дополнительные средства очистки водопроводной воды, в том числе антибактериальные фильтры в МДМ и (или) при подаче воды в моечную ванну для финального ополаскивания эндоскопов после ДВУ.

3672. Расположение технологического оборудования в моечно-дезинфекционном помещении должно обеспечивать поточность выполнения всех этапов обработки эндоскопов в соответствии с требованиями настоящих санитарных правил. Во вновь проектируемых медицинских организациях предусматриваются планировочные решения, исключаящие перекрест потоков чистых и грязных эндоскопов.

3673. Помещение для обработки эндоскопов функционально разделяется на условно грязную зону, предназначенную для проведения окончательной очистки как самостоятельного процесса или при совмещении с дезинфекцией, и условно чистую зону, где проводится дезинфекция высокого уровня, сушка и хранение эндоскопов. В крупных эндоскопических отделениях при централизации обработки эндоскопов выделяют моечно-дезинфекционный блок с отдельными помещениями для проведения окончательной очистки эндоскопов и предстерилизационной очистки и дезинфекции инструментов многоразового использования; ДВУ эндоскопов и, при необходимости, стерилизации инструментов ручным способом; хранения эндоскопов.

3674. В помещении для обработки эндоскопов устанавливается раковина для мытья рук медицинского персонала. Не допускается использовать ее для других целей.

3675. Зона окончательной очистки эндоскопов (или помещение для окончательной очистки эндоскопов) должна оборудоваться:

столом (тележкой) для контейнеров (лотков) с использованными эндоскопами;

моечными ваннами емкостью не менее 10 литров, подключенными к канализации и водоснабжению; количество моечных ванн определяется исходя из принятого алгоритма обработки и максимальной рабочей нагрузки в эндоскопическом отделении (кабинете);

столом для проведения теста на качество окончательной очистки;

стеллажами (шкафами) для хранения нестерильных расходных материалов (простыни, пеленки, перчатки, салфетки, моющие и дезинфицирующие средства).

3676. Зона ДВУ и хранения эндоскопов (помещения для ДВУ и хранения эндоскопов) должна оборудоваться и оснащаться:

емкостями для проведения ДВУ в растворе химического средства объемом не менее 10 литров и (или) МДМ;

моечными ваннами для удаления остатков средства ДВУ с/из эндоскопов для гастроинтестинальных исследований;

емкостями для ополаскивания бронхоскопов (при использовании стерильной воды - стерильными, в других случаях - продезинфицированными);

столами для сушки и упаковки обработанных эндоскопов;

шкафами для хранения эндоскопов или шкафами для сушки и хранения эндоскопов в асептической среде;

стеллажами (шкафами) для хранения стерильных расходных материалов (простыни, пеленки, перчатки, чехлы для эндоскопов).

3677. Все **виды** шкафов для хранения обработанных эндоскопов подлежат очистке и дезинфекции раствором химического средства в бактерицидном режиме не реже 1 раза в неделю, если иное не предусмотрено инструкциями по их эксплуатации.

3678. Стерилизация инструментов к эндоскопам, загубников, щеток многоразового использования и иных медицинских изделий ручным или механизированным способом должна проводиться в стерилизационном (дезинфекционностерилизационном) помещении эндоскопического отделения, которое соответствует классу чистоты Б, или в ЦСО.

3679. Уборка и профилактическая дезинфекция в манипуляционных для нестерильных эндоскопических вмешательств и в моечно-дезинфекционном помещении должны проводиться по мере загрязнения, но не реже одного раза в смену или 2 раз в день. После каждого пациента поверхность кушетки (стола) для исследований, с которой он контактировал, должна подвергаться дезинфекции. Генеральная уборка с применением дезинфицирующих средств по бактерицидному режиму проводится 1 раз в неделю.

**Требования к помещениям, предназначенным для проведения стерильных эндоскопических вмешательств, обработки использованных при данном виде вмешательств эндоскопов и инструментов**

3680. Стерильные эндоскопические вмешательства должны проводиться в операционных, малых операционных медицинских организаций или в эндоскопических манипуляционных (класс чистоты Б) профильных хирургических отделений.

3681. Предварительная очистка эндоскопического оборудования (оптический прибор, головка видеокамеры, световод, инструменты, комплект силиконовых трубок) в операционном блоке или малой операционной должна осуществляться после завершения оперативного вмешательства в зоне, в которой проводится предварительная очистка хирургического инструментария.

3682. Предварительная очистка гибких и жестких эндоскопов, а также инструментов к ним, использованных для проведения стерильных вмешательств с диагностической и (или) лечебной целью, должна проводиться в эндоскопической манипуляционной профильных хирургических отделений сразу после завершения исследований.

3683. Предстерилизационная очистка, совмещенная с дезинфекцией, эндоскопов для стерильных вмешательств и инструментов должна проводиться в помещении разборки и мытья инструментов операционного блока, в моечно-дезинфекционном помещении хирургического отделения, в ЦСО. Транспортировка эндоскопов (оптический прибор, головка видеокамеры, световод) к месту выполнения обработки осуществляется отдельно от инструментов и должна исключать возможность их механического повреждения.

3684. Стерилизация эндоскопов для проведения ~~48~~стерильных эндоскопических вмешательств и инструментов проводится:

ручным способом в стерилизационном помещении (класс чистоты «Б») операционного блока, хирургического отделения;

механизированным способом с использованием стерилизационного оборудования в стерилизационном помещении (класс чистоты «Б») операционного блока, хирургического отделения, ЦСО.

3685. Эндоскопы и инструменты, подвергнутые стерилизации, хранят в асептических условиях.

3686. Текущая уборка и дезинфекция в помещениях, где осуществляются стерильные эндоскопические вмешательства, должна проводиться после каждого вмешательства. Генеральная уборка -1 раз в неделю.

### **Требования к оборудованию, средствам и материалам для обработки эндоскопического оборудования**

3687. При обработке эндоскопов и прочих медицинских изделий в составе эндоскопических и эндохирургических комплексов (систем), а также инструментов к эндоскопам должны использоваться изделия медицинской техники (стерилизаторы, моющие машины, МДМ, ультразвуковые очистители и другие), моющие и дезинфицирующие средства, разрешенные к применению для этих целей в Российской Федерации.

3688. Моюще-дезинфицирующие машины (МДМ) для обработки гибких эндоскопов для нестерильных вмешательств допускается использовать с валидированными и указанными в эксплуатационной документации на МДМ химическими средствами очистки и дезинфекции. Средства ДВУ многократного применения должны быть обеспечены химическими индикаторами или другими средствами контроля уровня содержания ДВ в растворе/готовом средстве. Внесение производителем МДМ в эксплуатационную документацию дополнительных средств очистки и ДВУ возможно после проведения испытаний в испытательно-лабораторном центре, аккредитованном на данный вид исследований.

3689. При выборе средств очистки, дезинфекции (в том числе ДВУ) для ручного способа обработки, а также средств и методов стерилизации должны учитываться рекомендации изготовителей эндоскопов и инструментов, касающиеся воздействия конкретного средства (стерилизующего агента) на материалы этих медицинских изделий. Не допускается использовать методы и режимы стерилизации эндоскопов и инструментов к ним, не указанные в эксплуатационной документации на конкретные медицинские изделия, т.к. это ведет к выходу их из строя (поломке).

3690. Не допускается применение для очистки или очистки, совмещенной с дезинфекцией, дезинфицирующих средств, которые в рекомендованных режимах оказывают фиксирующее действие на органические загрязнения, в том числе содержащих в своем составе спирты и альдегиды.

3691. Растворы моющих средств для очистки эндоскопов на основе ферментов и (или) поверхностно-активных веществ применяются однократно. Растворы дезинфицирующих средств в



режиме очистки, совмещенной с дезинфекцией, применяются до изменения внешнего вида, но не более одной рабочей смены.

3692. Для ДВУ эндоскопов применяются растворы альдегидсодержащих, кислород-активных и некоторых хлорсодержащих средств (анолиты, получаемые в МДМ для обработки эндоскопов) в спороцидной (стерилизующей) концентрации.

3693. Для стерилизации эндоскопов и инструментов применяют:

паровой, газовый и плазменный методы;

растворы альдегидсодержащих, кислородоактивных и некоторых хлорсодержащих средств в спороцидной (стерилизующей) концентрации.

3694. Запрещается использовать для стерилизации эндоскопов и инструментов к ним озонные стерилизаторы и пароформалиновые камеры.

3695. Длительность применения рабочих растворов и готовых к применению средств ДВУ и стерилизации многократного применения (в пределах срока годности) определяется концентрацией ДВ, которая должна контролироваться химическими индикаторами (тест полосками) с кратностью не реже одного раза в смену. Не допускается для тестирования концентрации ДВ в одном средстве использовать химические индикаторы от другого средства, содержащего то же действующее вещество. Средства, не обеспеченные химическими индикаторами, необходимо использовать однократно.

3696. При многократном применении (в пределах срока годности) рабочего раствора или готового к применению средства ДВУ и стерилизации для предотвращения его разбавления при ручном способе обработки медицинские изделия перед погружением в раствор должны просушиваться.

3697. Емкости с рабочими растворами средств для стерилизации и ДВУ должны быть снабжены крышками, иметь надписи с указанием названия средства, его концентрации, назначения, даты приготовления, срока годности.

3698. Для готовых к применению средств должно указываться название, назначение, дата начала его применения, срока годности.

### **Требования к технологии обработки и хранению эндоскопического оборудования**

3699. Обработка гибких эндоскопов для нестерильных эндоскопических вмешательств после их использования должна проводиться в следующей последовательности:

1) процесс предварительной очистки внешних поверхностей вводимой трубки, промывка каналов; для видеоэндоскопа (при наличии указаний в инструкции изготовителя) - герметизация электронного коннектора с использованием защитного колпачка;

2) визуальный осмотр эндоскопа и проверка на герметичность. Негерметичный эндоскоп не подлежит дальнейшей обработке и использованию;

3) процесс окончательной очистки или окончательной очистки, совмещенной с дезинфекцией, включает следующие этапы:

погружение эндоскопа в раствор моющего или моюще-дезинфицирующего средства с заполнением всех каналов через вспомогательные приспособления (ирригатор, адаптеры, промывочные трубки) на время, указанное в инструкции на средство;

очистка салфетками внешних поверхностей эндоскопа, очистка щетками клапанов, гнезд клапанов и биопсийного порта, торцевой оптики, механизма инструментального подъемника (при наличии) и открытых для доступа каналов;

промывка моющим или моюще-дезинфицирующим раствором всех каналов эндоскопа через вспомогательные приспособления (не менее 90 мл для системы каналов биопсия/аспирация, воздух/вода и 30 мл для вспомогательных каналов);

ополаскивание внешних поверхностей, клапанов и каналов эндоскопа водой питьевого качества (не менее 90 мл для системы каналов биопсия/аспирация, воздух/вода и 30 мл для вспомогательных каналов) с использованием тех же вспомогательных приспособлений, что для очистки;

сушка внешних поверхностей чистым материалом и каналов продувкой (аспирацией) воздухом.

Промывные воды после очистки и ополаскивания эндоскопов должны сливаться в централизованную канализацию без предварительного обеззараживания.

4) проверка качества очистки эндоскопа осуществляется в соответствии с пунктом 3725 Санитарных правил. Тестированию подлежит каждый 10 из очищенных эндоскопов, но не менее 1 в смену;

5) процесс ДВУ эндоскопа при ручном способе обработки включает следующие этапы:

дезинфекционная выдержка при полном погружении эндоскопа в раствор дезинфекционного средства в соответствии с требованиями Санитарных правил. Все каналы должны быть принудительно заполнены раствором, пузырьки воздуха с наружных поверхностей должны быть удалены салфеткой; ополаскивание эндоскопа проводится согласно инструкции по применению конкретного средства, предназначенного для ДВУ. Системы каналов биопсия/аспирация и воздух/вода промываются не менее 90 мл воды, дополнительные каналы — не менее 30 мл воды. Эндоскопы для гастроинтестинальных исследований должны ополаскиваться водой не ниже питьевого качества, бронхоскопы - водой стерильной или очищенной на антибактериальных фильтрах. Порция воды для ополаскивания эндоскопа всегда используется однократно;

удаление влаги с внешних поверхностей эндоскопа при помощи стерильного материала; из каналов - продувкой воздухом или активной аспирацией воздуха. Для более полного удаления влаги из каналов эндоскопа обработка завершается промыванием 70% этиловым спиртом, отвечающим требованиям фармакопейной статьи, или 70% изопропиловым спиртом 2 класса микробиологической чистоты, и продувкой воздухом;

б) обработка эндоскопов механизированным способом проводится в соответствии с эксплуатационной документацией на оборудование. Перед каждым циклом обработки эндоскопа в МДМ проводится его окончательная очистка ручным способом, если в инструкции к МДМ нет других указаний. При отсутствии в МДМ функции промывки спиртом, этот этап проводится

вручную после завершения полного цикла обработки<sup>51</sup>

7) обработка в МДМ определенных моделей эндоскопов проводится при наличии адаптеров для подключения всех каналов к оборудованию. При отсутствии в МДМ адаптера для подключения дополнительного канала (элеваторного, для подачи СОг или воды) этот канал должен пройти полную обработку вручную до начала цикла в МДМ;

8) после завершения обработки эндоскоп подлежит повторному использованию или хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию;

9) в течение рабочей смены обработанный эндоскоп в собранном виде может храниться в асептических условиях до очередного использования не более 3-х часов. Эндоскоп, не использованный в течение указанного периода, повторно подвергается ДВУ;

10) между рабочими сменами эндоскоп должен храниться в разобранном виде, упакованным в стерильный материал или неупакованным в шкафу для сушки и хранения эндоскопов в асептической среде. Срок хранения эндоскопов в шкафу для сушки и хранения в асептической среде указывается в инструкции по эксплуатации шкафа. Срок хранения эндоскопов, упакованных в стерильные тканевые чехлы, не должен превышать 72 часа. После истечения указанного срока хранения эндоскоп подлежит ДВУ повторно;

11) не допускается хранение эндоскопов в шкафах под действием прямых ультрафиолетовых лучей или на кронштейнах в открытом виде;

12) емкость (контейнер, бачок) для воды, предназначенной для очистки линз, крышка и соединительные шланги к ней в конце рабочей смены подлежат очистке, сушке и стерилизации. Перед использованием и далее в течение рабочей смены емкость заполняется стерильной водой;

13) аспирационная банка в процессе работы заполняется не более чем на 3/4 объема. После каждого опорожнения она подлежит дезинфекции способом погружения и очистке. На **каждый** аспирационный отсос предусматривается не менее двух банок.

3700. Обработка гибких эндоскопов для проведения стерильных эндоскопических

вмешательств после их использования должна проводиться в следующей последовательности:

1) визуальный осмотр эндоскопа и проверка на герметичность. Негерметичный эндоскоп не подлежит дальнейшей обработке и использованию;

2) процесс предстерилизационной очистки, совмещенной с дезинфекцией, выполняется аналогично процессу окончательной очистки, совмещенной с дезинфекцией;

3) проверка качества предстерилизационной очистки эндоскопа осуществляется в соответствии с пунктом 3725 Санитарных правил. Тестированию подлежит каждый обработанный эндоскоп;

4) стерилизация гибких эндоскопов проводится в растворах химических средств ручным способом или механизированным способом в низкотемпературных стерилизаторах, которые не имеют ограничений к использованию для конкретной модели и серии эндоскопа (по материалам; количеству, длине и диаметру каналов);

5) процесс стерилизации эндоскопов ручным способом включает следующие этапы:

стерилизационная выдержка в растворе дезинфекционного средства при полном погружении эндоскопа и принудительном заполнении каналов через вспомогательные приспособления, а также удалении пузырьков воздуха с наружных поверхностей;

ополаскивание эндоскопа стерильной водой в соответствии с инструкцией по применению конкретного стерилизующего средства. Внутренние каналы ополаскиваются через вспомогательные приспособления не менее 90 мл стерильной воды каждый. Стерильная вода и стерильные контейнеры для воды используются однократно.

сушка наружных поверхностей эндоскопа стерильными салфетками, каналов - воздухом под давлением или аспирацией воздуха. Дополнительная сушка каналов спиртом не проводится;

б) отмытые от остатков стерилизующего средства и высушенные изделия перекладываются в стерильную стерилизационную коробку, выложенную стерильной тканью. Допустимый срок хранения простерилизованных изделий - не более 72 часов.

3701. Обработка жестких эндоскопов, блока управления видеокамерой и блока видеоголовки, световодов и вспомогательного оборудования для стерильных вмешательств включает предварительную очистку, предстерилизационную очистку, совмещенную с дезинфекцией, и стерилизацию.

3702. Обработка жесткого эндоскопа должна проводиться в следующей последовательности:

1) предварительная очистка внешних поверхностей эндоскопа от видимых

загрязнений проводится при помощи безворсовой салфетки в воде или растворе нейтрального моющего средства, каналы (при наличии) промываются при помощи специальных приспособлений (спринцевальные трубки, промывочные шприцы или моечный пистолет с насадками);

2) предстерилизационная очистка при совмещении с дезинфекцией жестких эндоскопов и принадлежностей к ним проводится ручным способом и механизированным способом в МДМ. Предстерилизационная очистка, совмещенная с дезинфекцией, механизированным способом выполняется в МДМ химическими средствами или химическими средствами и термическим методом, которые рекомендованы изготовителем эндоскопического оборудования. Эндоскоп должен быть помещен в решетчатую корзину (сетчатый лоток), надежно зафиксирован эластичными креплениями и подключен к системе ирригации машины (при наличии канала). Процесс предстерилизационной очистки, совмещенной с дезинфекцией, при ручном способе обработки эндоскопа после полного демонтажа его съемных деталей включает:

дезинфекционную выдержку в моюще-дезинфицирующем растворе при полном погружении в раствор и принудительном заполнении каналов (при наличии);

механическую очистку внутренних каналов (при наличии) и съемных деталей эндоскопа при помощи щеток и проволочных очистителей соответствующего размера;

промывку каналов при помощи специальных приспособлений;

ополаскивание эндоскопа водой питьевого качества и дистиллированной водой, в том числе каналов (при наличии) при помощи специальных приспособлений;

наружные поверхности эндоскопа просушиваются мягкой тканью, каналы - воздухом при помощи воздушного пистолета. Дополнительно 70% спиртом просушиваются оптические поверхности, если это указано в инструкции изготовителя.

3) после завершения предстерилизационной очистки, совмещенной с дезинфекцией, проверяется качество очистки в соответствии с пунктом 3725 Санитарных правил, а также качество изображения в соответствии с инструкцией по эксплуатации, выполняются процедуры ухода;

4) перед автоматическим циклом стерилизации эндоскоп тщательно сушится и укладывается в стерилизационный контейнер, рекомендованный изготовителем для обеспечения эффективности выбранного метода стерилизации и сохранности изделия во время процесса стерилизации, а также в процессе последующей транспортировки и хранения;

5) процесс стерилизации эндоскопа ручным способом должен проводиться в соответствии с Санитарными правилами.

3703. Обработка блока управления видеокамерой и блока видеоголовки (блок видеоголовки с интегрированным оптическим адаптером (объективом), видеоголовка с винтовым соединением и с оптическим адаптером или без него, а также сам оптический адаптер) начинается сразу после отсоединения сетевого штекера. Блок управления видеокамерой протирается одноразовой салфеткой, смоченной в дезинфицирующем средстве, не содержащем альдегиды, спирты или другие фиксирующие биологические загрязнения компоненты. Видеоголовка, объектив и кабель

видеоголовки после визуальной проверки на наличие разрывов и трещин подвергаются предварительной очистке в растворе нейтрального моющего средства.

Процесс предстерилизационной очистки указанного эндоскопического оборудования при совмещении с дезинфекцией включает:

погружение в моюще-дезинфицирующий раствор на время дезинфекционной выдержки;

удаление загрязнений с видеоголовки и объектива мягкой щеткой (безворсовой тканью);

ополаскивание дистиллированной водой;

сушку чистой безворсовой тканью.

3704. Стерилизация медицинских изделий, указанных в пункте 3703 Санитарных правил, должна проводиться в соответствии с рекомендациями изготовителя паровым, газовым или плазменным методами. Перед стерилизацией проводится проверка на чистоту оптики и штекера камеры, сушка стеклянных поверхностей 70% спиртом, осмотр на наличие повреждений.

Для повышения сохранности видеоголовки и кабеля, защиты их от загрязнения биологическим материалом во время проведения оперативного вмешательства используются прозрачные одноразовые полимерные непроницаемые для жидкостей, в том числе биологических, чехлы. Перед надеванием одноразовых стерильных чехлов данные медицинские изделия должны пройти все процессы обработки в соответствии с инструкцией изготовителя (предстерилизационная очистка, дезинфекция, стерилизация).

3705. ЗБ видеолапароскопы перед надеванием одноразового стерильного чехла или защитного тубуса с чехлом должны пройти все процессы цикла обработки в соответствии с инструкцией изготовителя. Повторное использование одноразовых чехлов или тубусов недопустимо.

3706. Предварительная очистка стекловолоконных и жидкостных световодов заключается в удалении салфеткой видимых загрязнений в растворе нейтрального моющего средства. Предстерилизационная очистка, совмещенная с дезинфекцией, проводится ручным или механизированным способами. Перед стерилизацией световод тщательно сушится, стеклянные поверхности дополнительно просушиваются 70% спиртом, проводится функциональный тест. Стекловолоконные световоды стерилизуются методами, указанными в пункте 3693 Санитарных правил. Жидкостные световоды стерилизуются газовым методом или в растворах химических средств.

3707. Предстерилизационная очистка, совмещенная с дезинфекцией, аспирационной банки и комплекта многоразовых силиконовых трубок, которые являются принадлежностями к отсасывающему (промывающему насосу или помпе), после каждой эндоскопической операции проводится ручным или механизированным способом, стерилизация - паровым методом по режиму, рекомендованному изготовителем.

3708. Обработка силиконовых трубок ручным способом должна проводиться в соответствии с пунктом 3712 Санитарных правил.

3709. Помпа после отключения от сети протирается салфеткой, смоченной в растворе

дезинфицирующего средства, не содержащего спирты.

3710. Обработка инсуффляционного прибора с принадлежностями проводится в следующей последовательности:

3711. Прибор после отключения от сети протирается одноразовой салфеткой, смоченной в растворе дезинфицирующего средства, не содержащего спирты. Использованные одноразовые антибактериальные СОг-газовые фильтры относятся к медицинским отходам класса «Б».

3712. Комплект многоразовых силиконовых трубок подвергается:

предварительной очистке в растворе моющего средства;

предстерилизационной очистке, совмещенной с дезинфекцией, ручным или механизированным способом с использованием специальных приспособлений для беспрепятственного промывания внутренних полостей трубок потоком моющедезинфицирующего средства; разборный колпачок датчика давления подвергается дезинфекции и очистке в разобранном виде;

ополаскиванию дистиллированной водой;

сушке внутренних полостей воздухом и наружных поверхностей тканью;

осмотру на чистоту, целостность и проверке на герметичность;

упаковке и стерилизации паровым методом.

3713. Комплект трубок для артроскопии всегда используется однократно и не подлежит повторной обработке. Комплекты одноразовых трубок не подлежат повторной обработке и после использования удаляются как медицинские отходы класса Б.

3714. При подготовке эндоскопического оборудования к хирургическим

эндоскопическим вмешательствам в целях предотвращения инфицирования пациентов и контаминации прибора на каждую операцию на разъеме для инсуффляции устанавливается одноразовый стерильный антибактериальный СО2-газовый фильтр.

3715. Для предотвращения инфицирования персонала во время проведения лапароскопических вмешательств должно использоваться устройство для фильтрации аэрозольных частиц, выделяющихся из брюшной полости вместе с СОг через троакар в процессе десуффляции.

3716. Срок хранения простерилизованных эндоскопов и инструментов к ним определяется выбранным методом стерилизации, видом и сроком годности упаковочного материала.

### **Требования к технологии обработки инструментов к эндоскопам**

3717. Обработка инструментов должна проводиться отдельно от эндоскопов. Для предварительной очистки инструменты непосредственно после использования погружаются в раствор нейтрального моющего средства. Рабочие части инструментов к сложным эндохирургическим комплексам, в том числе относящимся к роботам, непосредственно после использования погружаются в специальные пробирки с моющим раствором до начала проведения предстерилизационной очистки и дезинфекции.

3718. Предстерилизационная очистка, совмещенная дезинфекцией, инструментов к

эндоскопам осуществляется ручным и механизированным способом.

3719. Предстерилизационная очистка, совмещенная с дезинфекцией, механизированным способом выполняется в ультразвуковых очистителях (далее - УЗО) или в МДМ. Не допускается использование УЗО для очистки медицинских изделий со стеклянными оптическими деталями.

3720. Процесс предстерилизационной очистки, совмещенной с дезинфекцией, при ручном способе обработки проводится в следующей последовательности:

дезинфекционная выдержка в растворе моюще-дезинфицирующего средства при полном погружении разобранного инструмента и принудительном заполнении внутренних каналов и полостей (при наличии);

очистка наружных поверхностей инструмента с помощью салфеток, щеток; промывка узких внутренних каналов (при наличии) при помощи специальных приспособлений (спринцевальных трубок, промывочных шприцев или моющих пистолетов с соответствующими насадками);

механическая очистка внутренних каналов (при наличии) при помощи щеток и проволочных очистителей;

повторная промывка внутренних каналов (при наличии) раствором моющедезинфицирующего средства при помощи специальных приспособлений;

ополаскивание дистиллированной водой наружных поверхностей и промывка внутренних каналов (при наличии) инструмента при помощи специальных приспособлений.

3721. Наружные поверхности инструментов сушатся тканью, внутренние полости - воздухом при помощи воздушного пистолета с насадками.

3722. После завершения предстерилизационной очистки инструментов к эндоскопам осуществляется контроль качества ее проведения в соответствии пунктом 3725 Санитарных правил. Проводят осмотр на целостность, функциональные тесты и процедуры ухода в соответствии с инструкцией изготовителя.

3723. При выборе методов стерилизации учитываются рекомендации изготовителя инструментов. Процесс стерилизации инструментов к эндоскопам ручным способом должен проводиться в порядке, установленном пунктом 3700 Санитарных правил.

### **Контроль качества очистки, дезинфекции высокого уровня и стерилизации эндоскопов и инструментов к эндоскопам**

3724. В медицинской организации должен осуществляться контроль качества очистки, ДВУ и стерилизации эндоскопов и инструментов к ним.

3725. Для оценки качества очистки эндоскопов и инструментов к ним ставится азопирамовая или другая регламентированная для этой цели проба. Для оценки качества ополаскивания изделий от щелочных растворов ставится фенолфталеиновая проба.

3726. Процесс окончательной/предстерилизационной очистки в МДМ медицинских изделий,



предназначенных для проведения эндоскопических вмешательств, в том числе эндоскопов для нестерильных и стерильных вмешательств, должен быть валидирован. Для этой цели используются тесты, разрешенные к применению на территории Российской Федерации.

3727. Плановый бактериологический контроль качества обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств проводится в соответствии с планом производственного контроля ежеквартально. Критерием эффективности ДВУ является отсутствие роста бактерий группы кишечной палочки, золотистого стафилококка, синегнойной палочки, плесневых и дрожжевых грибов, а также других условно-патогенных и патогенных микроорганизмов. При этом условии показатель общей микробной обсемененности биопсийного канала должен быть менее 50 КОЕ/мл.

3728. Внеплановые бактериологические исследования смывов с эндоскопа для нестерильных вмешательств должны проводиться при подозрении на нарушение герметичности аппарата, после его ремонта или по эпидемическим показаниям.

3729. При проведении планового микробиологического контроля эффективности цикла обработки эндоскопа для отбора смывов используется стерильная дистиллированная вода и тампоны, смоченные в стерильной дистиллированной воде. Смывы отбираются с обработанного и просушенного эндоскопа в зоне ДВУ моечно-дезинфекционного помещения или в дезинфекционно-стерилизационном помещении до начала работы. Микробиологическому исследованию подлежат образцы смывов с поверхностей вводимой части эндоскопа, клапанов, гнезд клапанов, смывная жидкость из биопсийного канала.

3730. При проведении микробиологических исследований образцов проб с обработанного эндоскопа по эпидемическим показаниям в качестве смывной жидкости используют стерильный нейтрализатор к применяемому средству ДВУ. Дополнительно проводится микробиологическое исследование пробы воды, используемой для финального ополаскивания. Объем исследований определяется эпидемиологом.

3731. Критерием эффективности стерилизации эндоскопов, головки видеокамеры, световодов, комплектов силиконовых трубок и инструментов является отсутствие роста микрофлоры в смывах, отобранных с простерилизованных медицинских изделий в асептических условиях.

3732. Плановому (не реже 2 раз в год) микробиологическому контролю подлежит качество самодезинфекции МДМ. Смывы с различных участков машины отбираются непосредственно после завершения цикла самодезинфекции тампонами, смоченными в стерильной дистиллированной воде. Критерий эффективности - отсутствие роста вегетативных форм микроорганизмов в исследуемых образцах смывов.

3733. По эпидемическим показаниям пробы с разных участков МДМ отбираются после завершения очередного цикла обработки эндоскопа тампонами, смоченными в стерильном нейтрализаторе к применяемому средству ДВУ. Контролю на предмет микробной контаминации подлежат раствор средства (готовое к применению средство) ДВУ многократного применения и вода для финального ополаскивания.

## Порядок проведения эпидемиологического <sup>58</sup>расследования случаев инфекционных заболеваний, предположительно связанных с эндоскопическими вмешательствами

3734. При возникновении случая инфекционного заболевания, предположительно связанного с эндоскопическим вмешательством, должно проводиться эпидемиологическое расследование.

3735. При расследовании случая инфекции, вызванной патогенными бактериями:

1) устанавливается следующая информация о пациенте: дата заболевания, результаты бактериологического исследования клинического материала с характеристикой выделенного штамма микроорганизма, серологических и других лабораторных методов исследования; дата (или даты) эндоскопического вмешательства в пределах инкубационного периода заболевания;

2) проводится обследование подразделений медицинской организации, выполняющих эндоскопические вмешательства, в ходе которого оцениваются: соответствие фактической обработки эндоскопов требованиям настоящих санитарных правил, рабочей инструкции или СОПов, утвержденных в медицинской организации; применяемые средства очистки и ДВУ; обеспечение контроля параметров цикла ДВУ/стерилизации; качество предстерилизационной очистки и дезинфекции инструментов; компетенция персонала, проводившего обработку эндоскопов, наличие у них удостоверений о повышении квалификации по вопросам профилактики инфекций, связанных с эндоскопическими вмешательствами;

3) анализируются результаты планового микробиологического контроля эффективности обработки эндоскопов за год, предшествующий эпидемиологическому расследованию;

4) для установления предполагаемого источника инфекции и выявления пациентов, находившихся в том же риске инфицирования, что и пострадавший, проводятся следующие мероприятия:

на основании данных журнала контроля обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств, журнала регистрации исследований, выполняемых в отделе, отделении, кабинете эндоскопии, журнала записи оперативных вмешательств в стационаре составляется список пациентов, которые были обследованы (оперированы) до пострадавшего пациента тем же эндоскопом, в пределах срока, определенного эпидемиологом в соответствии с этиологией заболевания;

устанавливается инфекционный статус пациентов, включенных в вышеуказанный список, по данным медицинской документации и дополнительно проведенным лабораторным исследованиям. Пациент, инфицированный микроорганизмом того же вида, рассматривается в качестве предполагаемого источника инфекции;

осмотр и, при необходимости, лабораторное обследование медицинских работников, непосредственно участвовавших в проведении эндоскопического вмешательства пострадавшему пациенту и в обработке эндоскопа и инструментов к нему;

выявляется прямая связь пострадавшего (пострадавших) с предполагаемым источником инфекции (если он выявлен) путем доказательства идентичности бактерий одного вида, выделенных из клинического материала, с использованием культуральных (видовая идентификация с определением

антибиотикограммы), а при наличии возможности молекулярно-генетических методов лабораторных исследований;

после даты эндоскопического вмешательства подтвержденного источника инфекции выявляют всех пациентов, которые в течение периода, определенного эпидемиологом, были обследованы тем же эндоскопом, в связи с чем находились в том же риске инфицирования, что и пострадавший; устанавливают их инфекционный статус по медицинской документации или по результатам проведенных скрининговых

исследований. Пациенты, имевшие клинически выраженное инфекционное заболевание или колонизацию одного или нескольких биотопов тем же возбудителем (идентичность устанавливают при наличии возможности молекулярно-генетическими методами) учитываются как пострадавшие;

5) в качестве вероятных факторов передачи возбудителя инфекции при проведении нестерильного эндоскопического вмешательства рассматриваются эндоскоп, инструменты к эндоскопу, МДМ, руки медицинского персонала. Для выявления фактора передачи возбудителя инфекции проводятся следующие мероприятия:

оценка герметичности эндоскопа, которым обследовался пострадавший, и проведение по эпидемическим показаниям микробиологического контроля эффективности его обработки с идентификацией до вида выделенных микроорганизмов. Выделение из смывов, отобранных из каналов и (или) с внешних поверхностей эндоскопа и съемных деталей, микроорганизма идентичного возбудителю инфекционной болезни у пострадавшего будет свидетельствовать о том, что данный эндоскоп явился фактором передачи инфекции;

определяется вид использованного инструмента по протоколу эндоскопического исследования; оценивается соблюдение технологии обработки для инструмента многоразового использования, в том числе метод стерилизации; анализируются предшествующие результаты планового микробиологического контроля инструментов на стерильность; проводится внеплановый микробиологический контроль на стерильность инструментов; оценивается возможность или устанавливается факт повторного использования одноразового инструмента;

выявляется МДМ (при использовании механизированного способа обработки), в которой обрабатывался эндоскоп, используя журнал контроля обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств; проводятся микробиологические исследования по

эпидемическим показаниям смывов с различных участков машины и проб рабочего раствора дезинфицирующего средства (при многократном применении) и воды для финального ополаскивания на предмет микробной контаминации. Выделение из отобранных проб микроорганизма идентичного возбудителю инфекционной болезни у пострадавшего даст основание рассматривать МДМ как фактор передачи инфекции.

3736. Расследование случаев инфекций, вызванных условно-патогенными бактериями (далее - УПБ) и связанных с диагностическими эндоскопическими обследованиями или хирургическими вмешательствами, выполненными эндоскопическим доступом, проводится по аналогии с

инфекциями, вызванными патогенными бактериями. Дополнительно оцениваются данные об эпидемической обстановке и результатах микробиологического мониторинга по медицинской организации в целом. Инфекции, вызванные УПБ, подлежат регистрации при возникновении в период от 48 часов до 30 календарных дней от момента проведения эндоскопического вмешательства.

3737. Для определения идентичности культур бактерий одного вида, выделенных из клинического материала от инфицированных пациентов, а также в смывах с предполагаемых факторов передачи инфекции, проводится сравнение их культуральных свойств, антибиотикограмм, а при наличии возможности дополнительно используют молекулярно-генетические методы исследования.

3738. При эпидемиологическом расследовании случая инфицирования пациента вирусом гепатита В (ВГВ) или вирусом гепатита С (ВГС), предположительно связанного с нестерильным эндоскопическим вмешательством, необходимо собрать следующие данные о пациенте: дата заболевания, дата последнего, предшествующего заболеванию, исследования сыворотки крови на маркеры вирусных гепатитов и (или) выявления дезоксирибонуклеиновой кислоты (далее - ДНК) и (или) рибонуклеиновой кислоты (далее - РНК) с документально подтвержденным отрицательным результатом; наличие вакцинации против гепатита В (даты введения вакцины и препарат); дата (даты) эндоскопического вмешательства в пределах максимального инкубационного периода.

3739. При рассмотрении эндоскопа как вероятного фактора передачи возбудителя инфекции должны проводиться следующие мероприятия:

изучаются все аспекты обработки эндоскопов;

составляется карта эндоскопических вмешательств (очередность проведенных вмешательств различных видов) и по журналу контроля обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств, журналу регистрации исследований, выполняемых в отделе, отделении, кабинете эндоскопии, или журналу записи оперативных вмешательств в стационаре выявляются пациенты, которые в течение 3-месячного (для ВГВ) или 2-недельного (для ВГС) срока до даты эндоскопического вмешательства инфицированного пациента обследовались (оперировались) тем же эндоскопом;

изучается медицинская документация выявленных пациентов для получения данных о наличии (отсутствии) у них гепатита В (С) до момента госпитализации в медицинскую организацию; лицам, не имеющим таких сведений, проводятся дополнительные исследования на маркеры ВГВ, при необходимости - выявление ДНК (РНК) и генотипа вируса.

3740. Пациент, у которого вирус гепатита того же генотипа, что и у пострадавшего, был выявлен до даты эндоскопического исследования пострадавшего, может рассматриваться как предполагаемый источник инфекции. Для доказательства его прямой связи с пострадавшим необходимо провести молекулярно-генетические исследования вирусов по определению их идентичности.

3741. Серонегативные пациенты, обследованные после предполагаемого (установленного) источника инфекции тем же эндоскопом в пределах 3-х месяцев для ВГВ и 2-х недель для ВГС, рассматриваются в качестве лиц, подвергшихся риску инфицирования наравне с пострадавшим. Выявление у них в

пределах максимального инкубационного периода после эндоскопического исследования маркеров ВГВ является основанием для проведения углубленного клинико-лабораторного обследования с использованием молекулярно-генетических методов верификации вируса для подтверждения (исключения) связи с источником инфекции и инфицированным пациентом.

3742. Если эндоскопическое исследование проводилось с использованием седативных препаратов, выясняется наименование препаратов и их расфасовка (одноразовая, многодозовая). При использовании одного флакона препарата для заболевшего и других пациентов (независимо от вида проведенного эндоскопического исследования) проводится исследование их крови на маркеры ВГВ, а у серопозитивных лиц - выделение ДНК (РНК) вирусов. Для доказательства связи между пациентами, инфицированными вирусом одного генотипа, дополнительно используются молекулярногенетические методы исследований.

### **Требования к охране здоровья медицинского персонала структурных подразделений медицинской организации, выполняющих эндоскопические вмешательства**

3743. Перед допуском к работе, связанной с выполнением эндоскопических вмешательств или обработкой эндоскопического оборудования, медицинские работники обязаны пройти специальную первичную подготовку по правилам обработки эндоскопов и инструктаж на рабочем месте по охране здоровья.

3744. Медицинские работники структурных подразделений, выполняющих эндоскопические вмешательства, должны быть обеспечены медицинской одеждой (халаты, пижамы, шапочки) в соответствии с табелем оснащения (не менее трех комплектов на одного работающего) и средствами индивидуальной защиты (водонепроницаемые фартуки, нарукавники, очки или щитки, маски или респираторы, одноразовые перчатки) в достаточном количестве.

3745. Смена медицинской одежды (халат или пижама, шапочка) персонала отделения (кабинета) внутрипросветной эндоскопии должна проводиться по мере загрязнения, но не реже 2 раз в неделю; персонала хирургических (эндоскопических) отделений (кабинетов), выполняющих хирургические эндоскопические вмешательства, - по мере загрязнения, но не реже 1 раза в день.

3746. Перед проведением каждого нестерильного эндоскопического вмешательства персонал, участвующий в нем, проводит гигиеническую обработку рук и надевает средства индивидуальной защиты (одноразовая маска, защитные очки/экран, одноразовые медицинские перчатки, водонепроницаемые халат или одноразовый фартук).

3747. Перед проведением каждого стерильного эндоскопического вмешательства персонал, участвующий в нем, обрабатывает руки по методике обработки рук хирургов, надевает шапочку, маску, стерильные халат и перчатки.

3748. Персонал, проводящий очистку эндоскопов, обязан надеть средства индивидуальной защиты, включающие: одноразовые перчатки из химически устойчивого материала; защитные очки/экран, маску; халат или накидку (с длинными рукавами, непромокаемые) или одноразовый

водонепроницаемый фартук с рукавами (нарукавниками).

3749. Для предотвращения образования и распыления микробных аэрозолей при обработке эндоскопов и канальных инструментов процедуры ручной очистки проводятся при полном погружении изделий в раствор, в том числе при использовании моющих пистолетов, давление жидкости в которых устанавливается на минимально достаточном уровне. Сушка каналов эндоскопов для нестерильных вмешательств после проведения окончательной очистки проводится способом аспирации воздуха или продувки воздухом после закрытия салфетками мест выхода каналов.

3750. Для снижения риска инфицирования персонала и обеспечения надежности обработки гибких эндоскопов для нестерильных вмешательств применяется механизированный способ с использованием МДМ. При большом обороте эндоскопов (одновременное проведение обработки трех и более эндоскопов одного вида)

механизированный способ обработки эндоскопов является обязательным.

3751. Для предупреждения травм от инструментов к эндоскопам с колющережущими поверхностями необходимо минимизировать контакт персонала с необработанными инструментами, используя контейнеры с перфорированными вкладками, МДМ и УЗО. Запрещается использовать инъекционные иглы для забора патологического материала из браншей биопсийных щипцов.

3752. Случаи травмирования медицинского персонала на всех этапах подготовки к стерилизации инструментов к эндоскопам с колюще-режущими поверхностями должны регистрироваться в журнале учета травм и аварийных ситуаций.

3753. Медицинский персонал при наличии ран на руках, экссудативных поражений кожи или мокнущего дерматита на время заболевания отстраняется от выполнения эндоскопических вмешательств, обработки эндоскопов и контакта с ними.

### **Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению мер профилактики ИСМП и противоэпидемических мероприятий в стационарах (отделениях) хирургического профиля**

3754. Профилактические и противоэпидемические мероприятия в отношении ИСМП должны проводиться во всех видах МО (отделений, кабинетов), использующих хирургические методы лечения и диагностики. Для комплексной и эффективной организации мероприятий по профилактике ИСМП (ИОХВ) в хирургических стационарах (отделениях) необходимо учитывать, как санитарно-эпидемиологические требования, так и клинические подходы.

3755. В целях достижения эпидемиологической безопасности перед проведением плановых операций необходимо:

на догоспитальном уровне обеспечить выявление и санацию очагов имеющейся у пациента хронической инфекции;

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

при госпитализации для плановых оперативных вмешательств не повторять исследования, проведенные на догоспитальном уровне, чтобы не увеличивать парентеральную нагрузку на пациента и срок пребывания пациента в стационаре.

3756. Сроки выписки пациентов из хирургического стационара (отделения) определяют состоянием их здоровья.

3757. Состав и площадь помещений палатных отделения хирургического профиля определяют в зависимости от числа и профиля коек.

3758. В отделениях с двумя палатными секциями (не более, чем по 30 коек) процедурные и перевязочные предусматривают в каждой секции.

3759. Очередность перевязок планируют 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 одно-коечной палате. Осмотр пациентов проводят в перчатках и фартуках, в том числе одноразовых.

3760. Для пациентов, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения, организуют отделения дневного пребывания больных (далее - ОДПБ). Первичный прием (оформление) в ОДПБ осуществляют в приемно-смотровом отделении. В ОДПБ соблюдают санитарно-противоэпидемический режим в соответствии с порядком, определенным законодательством Российской Федерации для стационаров (отделений) хирургического профиля.

3761. Персонал проводит гигиеническую обработку рук, обработку рук хирургов, кожи операционного, инъекционного поля в соответствии с требованиями Санитарных правил.

3762. Для снижения частоты развития ИОХВ в послеоперационном периоде проводят периоперационную антибиотикопрофилактику. При выборе препаратов для периоперационной антибиотикопрофилактики следует отдавать предпочтение антибактериальным средствам, активным в отношении наиболее вероятных возбудителей ИОХВ в данной МО (отделении), в соответствии с локальными протоколами периоперационной антибиотикопрофилактики на основе микробиологического мониторинга или Национальными клиническими рекомендациями.

3763. Периоперационная антибиотикопрофилактика показана при всех операциях с «условно-чистыми» и «загрязненными» ранами. При операциях с «чистыми» ранами антибиотикопрофилактика проводится в случаях, когда потенциальная инфекция представляет серьезную угрозу жизни и здоровью больного (протезирование клапанов сердца, аорто-коронарное шунтирование, имплантация суставов), а также при наличии у больного факторов риска ИОХВ: сахарный диабет, ожирение или истощение, цирроз печени, алкоголизм, наркомания, хроническая почечная недостаточность (ХПН), иммуносупрессия (терапия глюкокортикоидами, цитостатиками, ВИЧ), спленэктомия. При «грязных» ранах периоперационная профилактика не проводится, а проводится необходимая антибиотикотерапия.

3764. С целью достижения эффективной концентрации антибактериального препарата в тканях и в сыворотке крови в момент разреза кожи, антибиотики для профилактики ИОХВ следует вводить внутривенно в интервале от 30 до 60 минут до разреза кожи или в течение 2 часов до разреза при

применении ванкомицина. Максимальная продолжительность профилактического введения антибиотика не должна превышать 24 часов после окончания операции. В большинстве случаев для эффективной профилактики достаточно одной дозы антибиотика. Дополнительные дозы могут быть оправданы при продолжительных (более 3 часов) операциях. Продление профилактики после хирургического вмешательства до 48 - 72 часов возможно при кардиохирургических операциях, трансплантации органов, эндопротезировании суставов.

3765. В каждой МО разрабатывают и утверждают руководителем протокол периоперационной антибиотикопрофилактики на основании национальных и международных рекомендаций и с учетом данных локального микробиологического мониторинга.

3766. При выявлении случая ИОХВ выбор антибиотика для лечения, осуществляют с учетом данных микробиологического мониторинга микробного пейзажа отделения (учитывается чувствительность господствующей микрофлоры отделения).

3767. Антибиотикотерапию пациенту не проводят антибиотиками, используемыми для профилактики и не предотвратившими осложнение.

3768. Участие госпитального эпидемиолога, клинического фармаколога, бактериолога в консилиумах, разборах историй болезни по вопросам тактики лечения и ведения пациентов с ИОХВ является обязательным.

3769. В зависимости от степени контаминации раны микроорганизмами во время операции выделяют: чистые раны (неинфицированные операционные раны без признаков воспаления) - в результате плановых оперативных вмешательств на органах, не обладающих собственной микрофлорой;

условно чистые раны (операционные раны, проникающие в дыхательные пути, пищеварительный тракт, половые или мочевыводящие пути) - 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);

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.

3770. Особенности профилактики ИСМП (ИОХВ) в операционных блоках и перевязочных.

3771. Операционные блоки должны быть размещены в помещениях, оборудованных автономной системой приточно-вытяжной вентиляции и кондиционирования, обеспечивающей нормируемые параметры микроклимата и 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 размещать в составе приемных отделений.

3772. При условии соблюдения зонирования помещений по чистоте, обеспечения эффективной работы



механической приточно-вытяжной вентиляции, 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.

3773. В операционной допускается размещение одного операционного стола. Исключение составляют методики, где технологией предусмотрено установка сразу нескольких столов, при этом должны быть обеспечена профилактика перекрестного инфицирования пациентов.

3774. Зону общебольничного режима (после шлюза) отделяют от остальных помещений операционного блока «красной чертой». 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.

3775. В операционные блоки предусматривают отдельные входы для пациентов (через шлюз) и персонала (через санитарный пропускник). В операционные персонал входит через предоперационные, пациентов доставляют через помещение подготовки больного (наркозная) или из коридора операционного блока.

3776. Для новых и реконструируемых организаций в малые операционные амбулаторно-поликлинических организаций, а также отделений стационара, пациент входит через шлюз, а персонал через предоперационную.

3777. В операционных предусматривают 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.

3778. Операционные должны быть пронумерованы и функционально разделены с учетом необходимого оборудования и степени чистоты оперативного вмешательства.

3779. В операционных блоках санитарные пропускники для персонала (мужской и женский) следует проектировать каждый в составе трех смежных помещений. Первое помещение, оборудованное душем, санузелом и дозатором с раствором антисептика. В данном помещении входящий персонал снимает спецодежду, в которой работал в отделении, принимает душ и проводит 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 устанавливают 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.

3780. При подготовке стерильных столов необходимо соблюдать меры асептики: стол предварительно моют и 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.

3781. 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.

3782. Перед подготовкой стерильных столов операционная сестра обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком по технологии обработки рук хирургов, надевает стерильные халат и перчатки.

3783. 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 не менее чем 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.

3784. Большой инструментальный стол накрывают один раз в день непосредственно перед первой операцией. Во время работы инструменты и материалы с большого инструментального стола разрешается брать 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.

3785. 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.

3786. Малый инструментальный рабочий стол после каждой операции накрывают заново для следующей операции.
3787. Приоритетной заменой большого инструментального стола являются индивидуальные укладки на каждую операцию, включая стандартный набор инструментов и отдельно упакованные инструменты, вскрываемые перед началом операции.
3788. В операционной использованные медицинские инструменты сбрасывают в емкости, покрытые чистой простыней, и удаляют после каждой операции. При большой длительности операции допускается нахождение использованных инструментов в операционной до 6 часов (в зависимости от длительности операции). В этих случаях в целях предотвращения высыхания загрязнений, использованные инструменты орошают специальными аэрозолями. После операции многоразовые инструменты подлежат дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации. Доставку использованных необеззараженных инструментов в ЦСО проводят в закрытых влагостойких контейнерах.
3789. 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. Съёмные детали аппаратов дезинфицируют так же, как медицинские изделия из соответствующих материалов.
3790. Члены операционной бригады входят на территорию операционного блока через санпропускник, где принимают душ и меняют одежду на операционные костюмы и шапочки, надевают соответствующую обувь (бахилы).
3791. 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 халаты и перчатки с помощью медицинской сестры. Перчатки надевают после надевания стерильного халата. Анестезиологи (врач, медсестра) должны работать в чистой рабочей одежде (операционные костюмы, шапочки, соответствующая обувь или бахилы, надетые в санпропускнике) и стерильных перчатках.
3792. Хирургические халаты, используемые в операционном блоке, должны быть воздухопроницаемы и устойчивы к проникновению влаги. Преимущество следует отдавать разовым халатам.
3793. перевязочная должна быть обеспечена необходимым количеством стерильных инструментов и расходных материалов. Наборы для проведения перевязок должны быть индивидуальными.
3794. Стерильный перевязочный стол накрывается так же, как в операционной и используют не более 6 часов. На каждую перевязку накрывают «малый» перевязочный стол. При наличии индивидуальных стерильных наборов стерильный стол можно не накрывать, при этом в составе набора

предусматривается стерильная салфетка.

3795. перевязочный стол для пациента (кушетка) дезинфицируют способом протирания и накрывают чистой простыней (пеленкой), предпочтительно однократного применения, перед каждой новой перевязкой.

3796. Снятие повязки проводит медицинская сестра перевязочной в чистых (нестерильных) перчатках, которые меняет после каждого пациента.

3797. Лечащий врач (оперирующий хирург) проводит перевязку в стерильных перчатках, которые меняет при каждой перевязке.

3798. Все предметы со стерильного перевязочного стола берут стерильным корнцангом (пинцетом). В целях предотвращения вторичной контаминации «рабочей поверхности» корнцанга/пинцета (дистальная часть браншей) в операционной и перевязочной располагают корнцанг/пинцет на краю стерильного стола так, чтобы «рабочая поверхность» инструмента находилась под стерильной пеленкой, а поверхность, которая соприкасается с руками персонала (кольцевые ручки корнцанга или проксимальный конец пинцета) несколько выступала за край стерильного стола. Либо корнцанг/пинцет должен находиться в стерильном лотке, покрытом стерильной пеленкой, из-под которой выступают кольцевые ручки корнцанга или проксимальный конец пинцета. Если корнцанг или пинцет входят в стерильный операционный набор их сбрасывают с другими инструментами после окончания операции (перевязки) для обработки и стерилизации. Пинцет или корнцанг менять через три часа использования. Данные инструменты подлежат незамедлительной замене, если имеется контаминация рабочих поверхностей биологическими жидкостями пациента, либо произошло нарушение стерильности.

3799. По окончании перевязки отработанный материал, использованные перчатки, одноразовые халаты, пеленки сбрасывают в емкость для сбора отходов класса Б.

3800. В конце рабочего дня проводят уборку перевязочной с обеззараживанием воздуха и рабочих поверхностей. Для проведения уборок имеется промаркированный инвентарь и уборочный текстиль.

### **Требования к организации и проведению мер профилактики ИСМП в отделениях (палатах) реанимации и интенсивной терапии**

3801. Состав и площадь помещений отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) определяются числом и профилем коек структурных подразделений МО.

3802. При строительстве новых МО и по возможности при реконструкции действующих в целях профилактики ИСМП, связанных с пребыванием пациентов в реанимационных отделениях хирургического профиля, предусмотреть возможность изолированного размещения пациентов.

3803. В составе ОРИТ должен предусматриваться изолятор (боксовая палата).

3804. 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).

3805. Должно быть обеспечено раздельное пребывание пациентов с асептическими и септическими заболеваниями в отдельных палатах или отсеках.
3806. Персонал реанимационного отделения обеспечивается специальной одеждой (комплект из блузы и брюк, шапочки, тапочек, халата) с ежедневной сменой комплектов. Сотрудники других отделений, проводящие лечебно-диагностические манипуляции у реанимационных больных, при входе в реанимационное отделение, надевают одноразовый халат, который после выхода из ОРИТ помещают в отходы класса Б.
3807. При входе и выходе из реанимационной палаты персонал обрабатывает руки кожным антисептиком.
3808. После выписки больного из отделения прикроватную тумбочку, кровать обрабатывают дезинфицирующим раствором. Постельные принадлежности (матрас, подушка, одеяло) подвергают камерной дезинфекции. При наличии на матрасах влагонепроницаемых чехлов, их протирают растворами дезинфицирующих средств.
3809. 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.
3810. В целях профилактики пролежней необходимо ежедневно проводить обработку кожи пациентов, применять противопролежневые матрацы, специальные прокладки, изменять положение тела. Полную обработку кожи пациентов проводить не менее 2-х раз в день.
3811. В каждой МО разрабатывают и внедряют в работу протокол катетеризации и ухода за внутрисосудистыми периферическими и центральными венозными и артериальными катетерами (в виде СОП). Постановку сосудистых катетеров и уход за ними должен проводить персонал, обученный соответствующей стандартной операционной процедуре.
3812. При установке центральных венозных и артериальных катетеров (ЦВК и ЦАК) медицинские работники выполняют максимальные барьерные меры предосторожности: обрабатывают руки (по типу обработки рук хирургов), надевают шапочку, маску, стерильный халат и стерильные перчатки. Накрывают пациента полностью, от головы до ног, стерильной хирургической простыней с отверстием для операционного поля. Чрескожное введение центральных катетеров проводят в помещении с асептическим режимом.
3813. Место ввода катетера обрабатывают кожным антисептиком до постановки катетера. После того как кожа была очищена кожным антисептиком, место постановки катетера не пальпируют.
3814. С целью обеспечения ежедневного контроля состояния раны, надежной фиксации ЦВК, минимизации механических повреждений кожи при смене повязки и защиты раны входного отверстия катетера от контаминации извне, предпочтительнее использовать прозрачную полупроницаемую повязку (наклейку, остающуюся на коже несколько дней). У пациентов с длительными сроками постановки ЦВК следует использовать прозрачную адгезивную полупроницаемую повязку с антисептиком. Специальные стерильные непрозрачные повязки можно использовать в исключительных

случаях (в том числе в случае экстренной катетеризации центральной вены, и при недоступности прозрачных повязок/наклеек). Такая повязка должна быть заменена при первой возможности на прозрачную. Стерильные марлевые повязки не обладают барьерной функцией, и их не следует применять.

3815. В истории болезни указывают место, дату постановки катетера и дату его удаления. Ежедневно ведется учет катетеро-дней по отделению (для расчета стратифицированных показателей действия факторов риска).

3816. Перед любой манипуляцией с катетером персонал обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком и надевает перчатки. Для введения растворов через катетер используют стерильные одноразовые шприцы.

3817. Необходимо ежедневно инспектировать место постановки катетера через неповрежденную прозрачную повязку. Если повязка мешает осмотру и пальпации места катетеризации, ее удаляют и после осмотра накладывают новую. В случае появления признаков инфицирования катетера (гиперемия, болезненность при пальпации, патологическое отделяемое вокруг катетера, лихорадка неясного генеза), необходимо удалить катетер, его дистальный конец, находящийся в кровяном русле (не менее 5 см) направляют на бактериологическое исследование.

3818. Назначение катетеризации мочевого пузыря проводят по строгим клиническим показаниям. Удаление катетеров должно проводиться в максимально короткие сроки.

3819. Катетеризацию мочевого пузыря выполняют две медицинские сестры, одна из которых непосредственно выполняет манипуляцию введения катетера, а вторая ей ассистирует.

3820. Следует использовать одноразовые стерильные катетеры.

3821. Введение растворов для ультразвукового или рентгенологического исследования мочевого пузыря должно проводиться через стерильный катетер, установленный непосредственно перед обследованием (в том числе у пациентов с цистостомой).

3822. Перед постановкой катетера периуретральную область тщательно обрабатывают водным антисептиком. Катетеризацию проводят в стерильных перчатках. Необходимо закрепить катетер для ограничения его подвижности в уретре.

3823. Для сбора мочи следует применять закрытые дренажные системы.

3824. Для предотвращения нарушения целостности дренажной системы используют дренажные системы со специальным портом для взятия анализов; при их отсутствии мочу берут стерильным шприцем, не отсоединяя сумки;

3825. Не проводят рутинного промывания мочевого пузыря.

3826. Для опорожнения мочевого пузыря у каждого пациента необходимо использовать индивидуальные контейнеры.

3827. Замену катетера производят по строгим показаниям (в том числе обструкция катетера, необходимость проведения исследований с заполнением мочевого пузыря).

3828. Для снижения риска контаминации мочевого пузыря и предупреждения рефлюкса мочи емкость

для сбора мочи должна находиться ниже уровня кровати пациента (но выше уровня пола).

3829. При использовании дыхательной аппаратуры необходимо вести учет ИВЛ- дней по отделению.
3830. Для снижения эпидемиологического риска необходимо удалять эндотрахеальные, трахеостомические и (или) энтеральные (назо-, оро-, гастральные, интестинальные) трубки немедленно по устранении клинических показаний.
3831. Во время проведения ИВЛ необходимо обеспечивать подъем головного конца кровати на 30-45 градусов при отсутствии противопоказаний.
3832. Следует обеспечивать постоянное удаление секрета из надманжеточного пространства и контролировать давление в манжете - целевой уровень давления 25-30 см вод. ст.
3833. Для профилактики орофарингеальной колонизации следует проводить необходимый туалет полости рта в зависимости от состояния больного, но не реже 2 раз в день.
3834. Замену трахеостомической трубки следует выполнять в асептических условиях.
3835. При выполнении санации трахеобронхиального дерева следует надевать одноразовые перчатки.
3836. При использовании открытых систем для аспирации секретов дыхательных путей следует применять стерильные санационные катетеры однократного применения с использованием одного катетера для одной санации. Повторное использование санационных катетеров и закрытых систем (кроме применения у одного пациента в течение срока их использования) запрещается.
3837. У пациентов с прогнозируемой длительностью ИВЛ более 48 часов, с целью уменьшения контаминации предметов окружения пациента и риска экзогенного инфицирования нижних дыхательных путей, необходимо отдавать предпочтение закрытым системам для санации. Длительность использования закрытой системы для санации трахеи у одного пациента принимается в соответствии с инструкцией производителя.
3838. Для проведения санации трахеобронхиального дерева у каждого пациента используется индивидуальная вакуум-система.
3839. С целью профилактики перекрестного инфицирования запрещается использовать одну и ту же вакуумную систему для санации трахеобронхиального дерева у нескольких больных. Емкость вакуум-отсоса необходимо опорожнять и дезинфицировать по мере наполнения, но не реже 1 раза в смену. Приоритетными для выбора являются емкости для сбора секретов дыхательных путей однократного применения.
3840. Повторное использование систем для аспирации секретов дыхательных путей, в том числе у одного и того же пациента запрещается.
3841. Расходные материалы, соприкасающиеся с дыхательными путями больного (эндотрахеальные трубки, трахеостомические канюли, катетеры для аспирации секрета трахеобронхиального дерева) должны быть стерильны.
3842. Не следует без особых показаний (загрязнение, нарушение функционирования и иные) производить замену дыхательного контура, исходя из продолжительности его применения, при использовании контура у того же самого пациента. Предпочтение следует отдавать использованию

дыхательных контуров однократного применения. Длительность применения контура принимают в соответствии с инструкцией производителя. Следует своевременно удалять любой конденсат в контуре.

3843. 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 инструкции по эксплуатации аппаратов конкретных моделей.

3844. С целью предотвращения перекрестного инфицирования пациентов через наркозно-дыхательную аппаратуру необходимо использовать вирусно-бактериальные дыхательные фильтры однократного применения, предназначенные для оснащения указанных аппаратов. Увлажнители при этом заполняют стерильной водой через закрытые капельницы. Воду меняют по мере использования.

3845. С целью увлажнения дыхательной смеси при проведении ИВЛ у взрослых следует отдавать предпочтение теплообменным фильтрам. Смена фильтра проводится в соответствии с рекомендациями производителя либо чаще в случае его загрязнения или обтурации. При наличии у пациента бронхо-обструктивного синдрома, повышенной вязкости мокроты, склонности к обтурации искусственных дыхательных путей возможно применение активного увлажнения дыхательной смеси. Для заполнения резервуара активного увлажнения используют стерильную воду. Система «емкость со стерильной водой - дыхательный контур» должна всегда оставаться закрытой.

### **Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению мер профилактики ИСМП и противоэпидемических мероприятий в стационарах (отделениях) акушерского профиля, перинатальных центров**

3846. Во вновь строящихся и реконструируемых зданиях акушерских стационаров, перинатальных центров и стационаров для лечения детей должны предусматриваться специальные помещения отдельные от пищеблоков, буфетных и столовых, для сцеживания грудного молока, помещения для сбора и хранения материнского грудного молока, а также помещения для приготовления детских смесей.

3847. 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.

3848. 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.

3849. 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.

3850. 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.



3851. В акушерских стационарах и отделениях, при наличии наблюдационных коек, прием рожениц с подозрением на инфекционное заболевание осуществляют через блок помещений наблюдационного приема с отдельным входом.
3852. Во вновь строящихся и реконструируемых зданиях в составе приемных отделений необходимо предусматривать индивидуальные родовые боксы, при наличии которых, наблюдационное отделение в структуре учреждения может не выделяться. В этом случае следует предусматривать возможность планировочной изоляции части палат для экстренного развертывания наблюдационного отделения.
3853. Отделения второго этапа выхаживания предусматривают в составе перинатальных центров и детских стационаров, при наличии приемно-смотровых боксов и соблюдения принципов изоляции.
3854. Планировка отделений второго этапа выхаживания (в том числе хирургической коррекции врожденных патологий, неврологической коррекции новорожденных) возможна по двум вариантам: совместное круглосуточное пребывание матери и ребенка (не менее 30% мест); дневное пребывание матери в палатах новорожденных.
3855. При использовании второго варианта для проходящих родителей следует предусмотреть фильтр при входе в секцию и помещение для отдыха и приема пищи, санитарный узел.
3856. В перинатальном центре должны быть предусмотрены палаты (отделения) для проведения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии новорожденным, роженицам и родильницам.
3857. 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.
3858. 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.
3859. Запрещается прием в акушерский стационар женщин с послеродовыми осложнениями.
3860. Сроки выписки из акушерского стационара определяют состоянием здоровья матери и ребенка. В эпидемиологическом отношении возможна ранняя выписка на 3 или 4 день после родов, в том числе до отпадения пуповины у новорожденного.
3861. 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.
3862. Акушерский стационар обязан информировать о выписке родильницы и ребёнка женскую консультацию и детскую поликлинику по фактическому месту проживания для осуществления последующего патронажа.
3863. Порядок посещения беременных и родильниц родственниками устанавливает администрацией

акушерского стационара (отделения).

3864. 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. Порядок обследования таких лиц соответствует порядку обследования лиц, планово поступающих в стационар.

3865. Для персонала должен быть предусмотрен отдельный вход, раздевалка со шкафчиками для личной и санитарной одежды, душевые, туалеты. Санитарная одежда меняется ежедневно.

3866. Во всех отделениях акушерского стационара ежедневно проводят влажную уборку с применением моющих и дезинфицирующих средств.

3867. Противоэпидемические мероприятия в отделениях (палатах) для ВИЧ-инфицированных пациенток и их новорожденных проводят 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.

3868. 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 укладки экстренной профилактики парентеральных инфекций для оказания первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи 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.

3869. 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.

3870. При поступлении роженицы проводят медицинский осмотр и санитарную обработку. Бритье кожи наружных половых органов и постановка очистительной клизмы проводят при необходимости. Душ назначают всем пациентам, выдают индивидуальный комплект белья (рубашка, полотенце, подкладная пеленка, халат). Разрешается использовать личную чистую одежду и обувь.

### **Профилактические и противоэпидемические мероприятия в родовом блоке**

3871. 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 отдельным пребыванием матери и ребёнка, не имеющих индивидуальных родовых залов, соблюдают цикличность заполнения предродовых палат и родовых залов. Допускается устройство родового блока по типу «семейной комнаты».

3872. В предродовой палате каждой роженице выделяют индивидуальное судно. Судно, кровать и скамеечка имеют единый маркировочный номер. Допускается использование матрацев и подушек в герметичных клеенчатых чехлах, которые обеззараживают дезинфицирующим раствором.

3873. Перед переводом в родовой зал роженицу переодевают в индивидуальный (одноразовый) стерильный комплект (рубашка, косынка, бахилы).

3874. В родовом зале прием родов осуществляют поочередно на разных кроватях. После родов все объекты, используемые 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.

3875. В индивидуальном родовом зале женщина находится в течение трёх периодов родов: первый период родов, роды и ранний послеродовой период (2 часа).

3876. Акушерка (врач) перед приемом родов готовится как для хирургической операции.

3877. При приеме родов персонал использует стерильный комплект одежды предпочтительнее одноразового пользования.

3878. Новорожденного принимают в стерильную пеленку. Для первичной обработки новорожденного используют стерильный индивидуальный комплект. Через 1 минуту после рождения производят пережатие и пересечение пуповины. Перед наложением пластиковой скобы (или лигатуры) персонал проводит обработку рук спиртовым кожным антисептиком. Место наложения зажима обрабатывается 70% этиловым спиртом.

3879. Первичный туалет новорожденного проводят 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. Ребенка на животе у матери укрывают стерильной (хлопчатобумажной) сухой теплой пеленкой и одеялом.

3880. Обработку кожных покровов новорожденного проводят только в случае загрязнения кожных покровов новорожденного меконием или кровью, которые смывают теплой водопроводной водой.

3881. Профилактику инфекционных заболеваний глаз у новорожденного проводят с использованием

эритромициновой или тетрациклиновой мази, 20% раствора сульфацила натрия (альбуцид), 1% раствора нитрата серебра в индивидуальной упаковке.

3882. 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 рода Кандида. Для отсасывания слизи у новорожденного используют стерильные баллоны и катетеры одноразового применения.

3883. Послеродовое физиологическое отделение с совместным и отдельным пребыванием матери и ребенка.

3884. 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.

3885. Для совместного пребывания матери и ребенка оборудуют одно- или двухместные палаты. Заполнение палаты происходит в течение 24 часов.

3886. Палаты послеродового физиологического отделения с отдельным пребыванием матери и ребенка заполняют циклично, синхронно с палатами детского отделения в течение не более 3 календарных дней.

3887. Постельное белье меняют каждые 3 календарных 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.

### **Палаты новорожденных**

3888. Палаты новорожденных с отдельным пребыванием матери и ребенка заполняют синхронно с палатами послеродового физиологического отделения в течение не более 3 календарных дней.

3889. В отделениях (палатах) совместного пребывания матери и ребенка и при наличии небольшого количества детей в отделении (палате) новорожденных при отдельном пребывании проводят грудное вскармливание по «требованию» младенца.

3890. Все медицинские изделия многократного использования, в том числе изделия, применяемые для ухода за новорожденными (глазные пипетки, шпатели и иные), подлежат дезинфекции и стерилизации.

3891. 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 используют одноразовые клизмы.

3892. Для новорожденных используют лекарственные формы в мелкой расфасовке и (или) однократного применения.

3893. При заборе крови у новорожденных (для клинических исследований) применяется одноразовый инструмент.
3894. Недопустимо применение искусственных способов для ускорения процесса отпадения пуповинного остатка у новорожденных.
3895. Лечение детей с признаками инфекции (в том числе внутриутробной) в отделении новорожденных и перевод их в наблюдательное отделение запрещается. Новорожденных с подозрением на инфекционное заболевание переводят в отдельную палату (изолятор), а затем в отделение патологии новорожденных для последующего лечения.
3896. Хранение вакцины против гепатита В, а также хранение и разведение вакцины БЦЖ осуществляют в отдельных помещениях.
3897. Порядок сбора, пастеризации, хранения грудного молока, приготовления и хранения молочных смесей.
3898. В акушерских стационарах предусматривают молочную комнату для сбора и пастеризации грудного молока и приготовления молочных смесей, состоящую не менее чем из трех помещений: а именно, для сбора и подготовки посуды, для стерилизации посуды и для приготовления смесей. Сбор и дезинфекция использованной посуды, бутылочек должны проводиться в специально выделенном помещении. Помещения должны быть оборудованы раковинами для мытья посуды и инвентаря, сушилками для посуды, раковинами для мытья рук с бесконтактными (локтевые, сенсорные, педальные и другие, но не кистевые) смесителями и дозаторами для кожного антисептика и жидкого мыла. При входе в эти помещения персонал должен использовать специально выделенную спецодежду. Доступ посторонних лиц в эти помещения запрещается.
3899. В отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) и отделениях патологии новорожденных и недоношенных (ОПНН) выделяют соответствующим образом оборудованные помещения (место) для сцеживания грудного молока.
3900. Емкости для сбора грудного молока, молокоотсосы, стеклянные воронки, бутылочки, соски, пустышки для новорожденных, перед стерилизацией тщательно моют с применением моющих средств, разрешенных для мытья детской посуды, ополаскивают проточной питьевой водой и просушивают. Сетки для молочной посуды обеззараживают методом протирания тканевой салфеткой, смоченной раствором дезинфицирующего средства, разрешенного к применению для обеззараживания столовой посуды.
3901. Для кормления новорожденного используют сцеженное грудное молоко его матери. При использовании обогатителей грудного молока их добавляют к сцеженному молоку непосредственно перед кормлением ребенка.
3902. Условия допуска матерей к сбору грудного молока, его хранению, требования к посуде, расходным материалам для сбора и хранения грудного молока, подготовка матерей к процедуре сцеживания, закладка на хранение, кормление новорожденного, подготовка и кормление сцеженным молоком, действия медицинского персонала, помогающего матерям и контролирующим процесс сбора

и хранения молока должны соответствовать инструкции, утвержденной руководителем МО. Инструкции по сбору, хранению и использованию сцеженного грудного молока для питания новорожденных и грудных детей должны быть направлены на минимизацию рисков микробной контаминации продукта и максимальное сохранение пищевой и биологической ценности грудного молока в процессе его сбора, хранения и отсроченного использования для питания новорожденных и грудных детей.

3903. Для сцеживания грудного молока матерям выдают стерильную посуду.

3904. Сбор грудного молока для отсроченного кормления новорожденных и грудных детей осуществляется под контролем медицинской сестры, имеющей специальную подготовку по вопросам грудного вскармливания. Сведения о собранном молоке заносятся в журнал в произвольной форме.

3905. Закрытые емкости с грудным молоком должны храниться в специально предназначенном холодильнике при температуре  $(4\pm 2)$  °С не более 24 часов от момента **сцеживания**. Емкости с грудным молоком маркируются с указанием данных женщины, даты и временем сбора молока. Допускается хранение сцеженного молока при комнатной температуре (но не выше 25 °С в темном месте не более 2 часов) для использования при следующем кормлении ребенка, оставшееся при этом молоко охлаждению и хранению не подлежит.

3906. Индивидуальные промаркированные емкости со сцеженным охлажденным молоком, хранящиеся в холодильнике, под контролем медицинского работника допускается дополнять до объема не более 150 мл предварительно охлажденными до  $(4\pm 2)$ °С новыми порциями сцеженного молока от одной и той же матери (при наличии возможности сцеживать молоко несколько раз в день) от момента сцеживания первой порции в течение не более чем 24 часов. Кратность добавления молока в одну и ту же емкость - не более 5 раз за 24 часа.

3907. Охлажденное сцеженное грудное молоко в количестве не более 150 мл, хранящееся в индивидуальных промаркированных емкостях в холодильнике не более 24 часов (в случае объединения порций - от момента сцеживания первой порции), допускается замораживать при температуре минус 18-40 °С.

3908. Закрытые емкости (контейнеры) с замороженным грудным молоком могут храниться в специально предназначенном морозильнике при температуре не выше минус 18 °С в течение не более 3 месяцев.

3909. Для медленного размораживания сцеженного грудного молока следует поместить емкости с замороженным молоком в холодильник (при температуре  $4\pm 2$  °С) до полного оттаивания с последующим доведением температуры молока до температуры кормления путем помещения емкости с молоком в теплую проточную воду (при температуре не более 37-40 °С) на 20 мин.

3910. Для быстрого размораживания сцеженного грудного молока емкость с замороженным молоком можно сразу поставить в теплую проточную воду (при температуре не более 37-40 °С).

3911. Размороженное и подогретое молоко следует сразу употребить для кормления ребенка. Размороженное и подогретое молоко запрещено хранить при комнатной температуре более 2-х часов.

Не подвергавшееся подогреванию размороженное в холодильнике грудное молоко допускается хранить в холодильнике при температуре  $4\pm 2$  °С но не более 24 часов от момента размораживания. Неиспользованное в течение 24 часов от момента размораживания для кормления ребенка размороженное молоко повторному замораживанию не подлежит и должно быть утилизировано.

3912. В случае необходимости отсроченного (более чем 24 часов с момента сцеживания) кормления новорожденного сцеженным грудным молоком замороженное грудное молоко его матери размораживают и подогревают до температуры кормления ребенка. Допускается хранить не подвергшееся подогреванию размороженное грудное молоко в холодильнике при температуре  $(4\pm 2)$  °С не более 24 часов от момента размораживания, неиспользованное размороженное молоко повторному замораживанию не подлежит и должно быть утилизировано.

3913. В случае необходимости отсроченного кормления новорожденного сцеженным молоком (отделения реанимации и иные), собранное грудное молоко может быть подвергнуто пастеризации.

3914. Молоко разливают в стерильные бутылочки по 30-50 мл (по 100 мл для перинатального центра) для индивидуального использования порционно под заказ, закрывают пробками и пастеризуют на водяной бане в течение 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, поместив их в емкость с холодной водой и раздают для кормления детей или хранят в специальном холодильнике не более 24 часов.

3915. Пастеризованное молоко, молочные смеси используются для новорожденных по назначению врача при наличии показаний. Запрещается кормление нескольких детей из одной бутылочки. Вода и растворы для питья должны быть в индивидуальной стерильной разовой расфасовке.

3916. Сухие молочные смеси после вскрытия упаковки должны иметь маркировку с указанием даты и времени вскрытия. Разведение смесей производят в стерильной посуде. Допускается использование готовых жидких смесей фабричного производства.

3917. В наблюдательное отделение поступают роженицы, родильницы и новорожденные в соответствии с показаниями в случае отсутствия индивидуальных родильных залов или палат. Показаниями к приему беременных и рожениц являются:

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

инфекционная патология, в том числе:

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

острые респираторные заболевания (грипп, ангина и другие);

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 наблюдательного 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).
3918. Переводу в наблюдательное отделение из других отделений акушерского стационара подлежат беременные, роженицы и родильницы, имеющие:
- повышение температуры тела в родах и раннем послеродовом периоде до 38 °С и выше (при трехкратном измерении через каждый час);
- лихорадку неясного генеза (температура тела выше 37,6 °С), продолжающуюся более 24 часов.
- проявления экстрагенитальных инфекционных заболеваний, не требующих перевода в специализированный стационар (острая респираторная инфекция, ангина, герпес).
- Лечение послеродовых воспалительных осложнений осуществляют в условиях гинекологического стационара (отделения).
3919. Переводу и госпитализации в наблюдательное отделение подлежат:
- новорожденные, матери которых переведены из физиологического послеродового отделения в наблюдательное;
- новорожденные с видимыми врожденными и некурабельными пороками развития, не нуждающиеся в срочном хирургическом лечении;
- дети, родившиеся вне родильного дома.
3920. Новорожденных с ИСМП и ВУИ переводят в детский стационар или перинатальный центр.
3921. В случае перевода новорожденного в наблюдательное отделение вместе с ним переводят и родильницу.
3922. В наблюдательном отделении пациенток необходимо размещать в палаты по нозологическим формам заболеваний, беременных - отдельно от родильниц.
3923. При необходимости перехода в наблюдательное отделение медицинский персонал меняет халат, надевает бахилы. Для этого у входа в отделение должны быть одноразовые халаты, емкости с бахилами.
3924. Прием родов у ВИЧ-инфицированных беременных, а также у беременных с гепатитом В, С, сифилисом осуществляют в родильных домах специализированного или общего типа. При этом прием родов производят в специально выделенной палате, предпочтительно в боксе, где родильница с ребенком находится до выписки. При необходимости оперативного вмешательства используют операционную наблюдательного отделения.
3925. При ведении родов у ВИЧ - инфицированных беременных через естественные родовые пути проводят обработку 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.

3926. Во время ведения родов у женщины с ВИЧ-инфекцией при живом плоде ограничивают проведение процедур, повышающих риск инфицирования плода: родостимуляция; родоусиление; перинео-, эпизиотомия; амниотомия; наложение акушерских щипцов; вакуум-экстракция плода. Выполнение данных манипуляций производят только по жизненным показаниям.

3927. Отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (ОРИТН) и патологии новорожденных и недоношенных (ОПНН) перинатального центра должны иметь самостоятельный набор помещений, изолированный от родовспомогательных и других отделений.

3928. 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.

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

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.

Перед осмотром каждого ребенка и проведением манипуляций персонал проводит обработку рук. После осмотра ребенка в кувете персонал проводит обработку рук антисептиком перед закрытием кувета. Преимущественно применяется педальное управление куветом.

Для осмотра новорожденных в каждой палате предусматривают пеленальный стол, оборудованный матрасом с подогревом и лампой лучистого тепла.

Термометрию проводят электронным термометром. Для осмотра зева используют одноразовый шпатель.

При отделениях предусматривают 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 запрещено приводить несовершеннолетних детей.

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.

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

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.

3929. В акушерском стационаре систематически проводят дезинфекционные мероприятия, при этом обработка куветов проводится в следующем порядке.

3930. Дезинфекцию куветов осуществляют дезинфицирующими средствами, в инструкциях по применению которых есть рекомендации по обеззараживанию куветов.

3931. Для дезинфекции куветов не допускают применение хлорактивных средств, а также средств, содержащих в своем составе альдегиды, фенол и его производные.

3932. Дезинфекцию наружных поверхностей куветов с целью профилактики ИСМП осуществляют ежедневно одновременно с проведением текущих уборок по режиму, обеспечивающему гибель грамотрицательных и грамположительных бактерий.

3933. Обработку внутренних поверхностей и приспособлений куветов проводят по типу заключительной дезинфекции в отдельном хорошо проветриваемом помещении, оснащенном ультрафиолетовыми облучателями или другими устройствами обеззараживания воздуха, разрешенными к применению. Обеззараживание внутренних поверхностей и приспособлений куветов проводят перед поступлением ребенка.

3934. Обработку куветов проводят после перевода новорожденного, но не реже 1 раза в 7 календарных дней. Обработку куветов следует проводить с учетом документации по эксплуатации кувета, прилагаемой к конкретной модели.

3935. 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.

3936. 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, рекомендованными для изделий медицинского назначения.

3937. 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.

3938. По окончании обработки, кувет закрывают крышкой и включают аппарат. Перед тем, как поместить ребенка, увлажняющую систему кувета заливают стерильной дистиллированной водой.

83

**Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению мер профилактики ИСМП и противоэпидемических мероприятий в стационарах (отделениях) инфекционного профиля**

3939. Здания стационаров инфекционного профиля, располагают на расстоянии не менее 100 метров от территории жилой застройки.
3940. Инфекционный корпус отделяется от других корпусов полосой зеленых насаждений.
3941. При соответствующей планировочной изоляции и наличии автономных систем вентиляции допускается размещение инфекционных отделений в одном здании с другими отделениями.
3942. Инфекционные стационары (отделения) в составе многопрофильных больниц должны иметь отдельное приемное отделение.
3943. В жилых и общественных зданиях не допускается размещение МО, оказывающих медицинскую помощь больным инфекционными заболеваниями.
3944. На территории медицинских организаций, оказывающих помощь в стационарных условиях по профилю «Инфекционные болезни», «Фтизиатрия» не допускается размещение объектов, организаций, функционально не связанных с осуществлением лечебно-диагностического процесса и обеспечением деятельности данной медицинской организации.
3945. При строительстве новых инфекционных стационаров (отделений) или реконструкции действующих следует все отделения предусматривать боксированными. В акушерских отделениях инфекционного профиля должны быть оборудованы родовые боксы.
3946. На выезде из «грязной» зоны территории инфекционного стационара (корпуса) предусматривается площадка или помещение для дезинфекции санитарного транспорта.
3947. При въезде на территорию стационара указательными и световыми сигналами обозначают направление к приемному отделению, смотровым боксам. В соответствующих местах помещают светящиеся ночью вывески: «приемное отделение», «бокс ТМ», «место дезинфекции транспорта».
3948. Графики движения больных, персонала, транспорта, особенно связанных с «грязными» маршрутами, предусматривают максимально короткими.
3949. Проход персонала в здания инфекционного стационара (отделения), а также выход из них должен быть организован со стороны «чистой» зоны. Проход персонала из «грязной» зоны в «чистую» должен осуществляться через санитарные пропускники.
3950. Выписываемый (здоровый) пациент из боксов должен выходить в «чистую» зону.
3951. Доставка пищи из пищеблока, белья из прачечной в инфекционный стационар (отделение) должна быть организована по поверхности территории больницы. Соединение корпусов тоннелями не допускается.
3952. Въезд на хозяйственный двор стационара должен быть обособлен от въезда больных в приемное отделение и проходить в стороне от лечебных корпусов.
3953. Выезд от патологоанатомического корпуса должен проходить в стороне от мест пребывания больных и осуществляться через специальные ворота, без пересечения территорий стационара; он

может быть совмещен также с хозяйственным выездом.

### **Требования к зданиям, сооружениям и помещениям инфекционных стационаров (отделений)**

3954. В составе инфекционного стационара (корпуса) предусматривают дезинфекционное отделение. При отсутствии собственного дезинфекционного отделения необходима установка дезинфекционной камеры для дезинфекции постельных принадлежностей, одежды, белья. Камерная дезинфекция постельных принадлежностей, одежды, белья из инфекционного стационара (корпуса) в других организациях не допускается.

3955. В инфекционных стационарах для размещения больных следует предусматривать боксы или боксированные палаты, количество которых определяется с учетом мощности учреждения исходя из следующего расчета: - до 60 коек - 50 % боксов на 1-2 койки, 50 % боксированных палат на 1 -2 койки. - 60-100 коек - 40 % боксов на 1-2 койки, 60 % боксированных палат на 1 -2 койки. - более 100 коек для взрослых - 12% боксов на 1-2 койки, 88 % боксированных палат на 1 -2 койки. - более 100 коек для детей - 20% боксов на 1-2 койки, 80 % боксированных палат на 1 -2 койки.

3956. Больных распределяют по палатам в соответствии с нозологическими формами, с учетом сроков течения заболевания.

3957. Палаты (боксированные палаты) в отделениях должны быть со шлюзом и санузелом, оборудованы системой приточно-вытяжной вентиляции с преобладанием вытяжки над притоком, обеспечивающей нормативную чистоту воздуха.

3958. В стационаре, где развернуто инфекционное отделение, необходимо обеспечить возможность проведения этиологической диагностики в отношении вероятных (с учетом клинических проявлений) возбудителей (бактерий, вирусов и других) или их маркеров с отбором материала для исследований в течение первых 24 часов с момента поступления больного или от момента выявления признаков инфекционного заболевания, или иные сроки, регламентированные для конкретных нозологических форм заболеваний.

3959. Для обслуживающего персонала в отделении выделяют бытовые помещения (в том числе раздевалка, душевая, комната для приема пищи и отдыха, туалет).

3960. Верхнюю одежду и обувь персонала хранят в индивидуальных шкафах отдельно от рабочей одежды (платье или костюмы, медицинская шапочка или косынка, тапочки).

3961. В отделке предпочтительно использовать материалы, обладающие бактерицидными свойствами.

### **Требования к вентиляции инфекционных стационаров (отделений)**

3962. В инфекционных стационарах (отделениях) вытяжные вентиляционные системы должны оснащаться устройствами обеззараживания воздуха или фильтрами тонкой очистки (Н11-Н14).

3963. Боксы и боксированные палаты оборудуют 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.

3964. 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.

3965. 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.

### **Порядок приема и санитарной обработки больных инфекционных стационаров (отделений)**

3966. В каждом инфекционном стационаре или инфекционном отделении многопрофильных больниц должно быть приемное отделение, где необходимо иметь не менее двух смотровых боксов. Каждый смотровой бокс должен иметь самостоятельный изолированный наружный вход.

3967. Прием инфекционных больных проводят индивидуально. Одновременное ожидание двух или более больных в одном помещении не допускается. Если инфекционный больной нуждается в лечении в реанимационном отделении, то его направляют туда, минуя приемное отделение.

3968. Приемное отделение должно быть обеспечено: предметами ухода за больными, запасом чистых мешков для укладки в них одежды и белья больных, баком с крышкой для хранения вещей больных до отправки их в дезинфекционную камеру, комплектами белья для поступающих больных, достаточным количеством мыла в одноразовой фасовке, индивидуальных мочалок, машинками для стрижки волос, ножницами для стрижки ногтей, ведрами для сбора волос с плотно закрывающимися крышками, емкостями для сбора рвотных масс и испражнений, дезинфицирующими ковриками для обеззараживания обуви при входе и выходе из смотрового бокса.

3969. Приемное отделение или боксы для приема больных оснащают оборудованием для обеззараживания воздуха, разрешенным к работе в присутствии людей.

3970. В боксах, смотровых кабинетах необходимо наличие средств индивидуальной защиты (халаты, шапочки, маски/респираторы) для медицинских работников. При входе в смотровые боксы медицинский персонал переодевает халат, шапочку и маску (при капельных инфекциях), которые снимает при выходе.

3971. В смотровом боксе проводят осмотр больного, собирают эпидемиологический анамнез (данные о перенесенных инфекционных заболеваниях, наличие контактов с другими инфекционными

больными или нахождение в другом стационаре, выезд в другие страны, пребывание в районах, эндемичных по инфекционным (паразитарным) заболеваниям, наличие прививок от вакциноуправляемых инфекций и иные данные). Данные эпидемиологического анамнеза, регистрируют в истории болезни. Здесь же, при наличии показаний, у пациента отбираются пробы биологического материала (с учетом предполагаемого инфекционного заболевания) для этиологической лабораторной диагностики.

3972. После осмотра пациента направляют в смежное помещение смотрового бокса для проведения санитарной обработки. Санитарную обработку больного проводят в зависимости от назначения врача и состояния больного. При тяжелом состоянии больного ограничиваются частичной обработкой или влажным протиранием отдельных частей тела.

3973. Обеззараживанию в дезинфекционной камере подлежат личные вещи пациентов со следующими нозологиями (чума, холера, другие заболевания, вызванные возбудителями I и II группы патогенности, возвратный тиф, эпидемический сыпной тиф, болезнь Бриля, лихорадка Ку (легочная форма), сибирская язва, высоко контагиозные вирусные геморрагические лихорадки, брюшной тиф, паратифы, туберкулез, проказа, дифтерия, грибковые заболевания волос, кожи и ногтей (микроспория, трихофития, руброфития, фавус, чесотка).

3974. После прохождения санитарной обработки больной получает чистое больничное белье, халат (пижаму), тапочки.

3975. Транспорт, доставивший инфекционного больного, подвергают обеззараживанию силами персонала стационара на территории больницы на специально отведенной площадке или в шлюзе приемного отделения. О дезинфекции санитарного транспорта делают запись в журнале приема больных и выдают эвакуатору талон за подписью дежурной медицинской сестры приемного отделения или ставят штамп на путевке водителя о проведенном обеззараживании.

### **Распределение больных по отделениям инфекционных стационаров**

3976. На основании поставленного диагноза и данных о контактах с инфекционным заболеванием больного направляют в соответствующее отделение.

3977. При наличии диагностического отделения отдельных больных в случае сомнительного диагноза задерживают в этом отделении до уточнения диагноза и перевода в соответствующие отделения. Пациентов с воздушно-капельными инфекциями или с подозрением на эти инфекции помещают преимущественно в боксы, снабженные автономной вентиляцией.

3978. В стационаре, где нет диагностического отделения, больного с неуточненным диагнозом помещают в отдельную палату или бокс.

3979. В случае выяснения контакта пациента с другой воздушно-капельной инфекцией его также помещают в одно-коечную или боксированную палату.

3980. При отсутствии центральной канализации в стационаре (отделении) больных с кишечными инфекциями обеспечивают индивидуальными промаркированными горшками (или подкладными

суднами). Маркировка индивидуальной посуды для выделений должна соответствовать номеру кровати больного.

3981. Больных в отделении распределяют таким образом, чтобы вновь поступающие не находились в одной палате с выздоравливающими или больными с осложнениями. По возможности проводят одномоментное заполнение палат и одновременную выписку.

### **Выписка больных инфекционных стационаров**

3982. Выписку больных проводят в выписной комнате, куда приносят продезинфицированные личные вещи выздоровевшего.

3983. Все выписывающиеся из инфекционных отделений проходят санитарную обработку.

3984. При организации питания пациентов инфекционных стационаров (отделений) должен предусматриваться прием пищи больными в палатах.

Посуду после приема пищи собирают в буфетной отделения на отдельном столе, освобождают от остатков пищи, подвергают дезинфекции (обеззараживанию) химическим (растворы дезинфицирующих средств, в том числе в моечной машине) по режимам для соответствующих инфекций или термическим способами (кипячение, обработка в суховоздушном стерилизаторе и другие).

Обеззараженную посуду моют, просушивают на специально выделенном чистом столе в сетках и хранят в шкафу.

Остатки пищи сбрасывают в специальный бак с крышкой и обеззараживают химическим (растворы дезинфицирующих средств) по режимам для соответствующих инфекций или термическим способами (кипячение и другие).

### **Требования к обеззараживанию постельных принадлежностей и белья инфекционных стационаров (отделений)**

3985. Грязное белье больных собирают в баки с педальным устройством или ведра с крышками с вложенными вовнутрь клеенчатыми мешками. В этих же мешках белье доставляют в специальную комнату для разборки.

3986. Стирку белья МО инфекционного профиля осуществляют только в собственных или в специализированных прачечных для стирки больничного белья.

3987. Дезинфекцию белья проводят в собственной или специализированной прачечной путем обработки белья в стиральных машинах с применением соответствующих режимов (термическая дезинфекция) или дезинфицирующих растворов.

3988. Постельное и нательное белье, полотенце меняют один раз в неделю после гигиенической ванны или душа и по мере загрязнения с отметкой в истории болезни.

3989. После выписки инфекционного больного постельное белье собирают в специальные мешки для дезинфекции и стирки, постельные принадлежности и верхнюю больничную одежду отправляют для камерного обеззараживания, кровать протирают дезинфицирующим раствором и до поступления

следующего больного не застилают.

### **Требования к организации труда в инфекционных стационарах (отделениях) и профилактика инфекционных заболеваний среди медицинского персонала**

3990. На работу в инфекционные стационары (отделения) принимают лиц не моложе 18 лет.

3991. Больных открытыми формами туберкулеза, венерическими и инфекционными кожными болезнями на работу в инфекционные больницы и отделения не принимают.

3992. Медицинский персонал инфекционного стационара (отделения) должен быть вакцинирован в рамках Национального календаря прививок и календаря прививок по эпидемиологическим показаниям против дифтерии, столбняка, кори, краснухи, вирусного гепатита В, гриппа, шигеллеза, менингококковой инфекции.

3993. Со всем вновь принимаемым на работу персоналом должен проводиться вводный инструктаж по безопасности условий труда и правилам выполнения своих функциональных обязанностей, с учетом специфических особенностей работы в инфекционном стационаре (отделении), мероприятиям по предупреждению заражения и по соответствующему поведению персонала. В дальнейшем не реже 1 раз в год должен проводиться повторный инструктаж по правилам личной профилактики и технике безопасности.

3994. Смена спецодежды медицинского персонала в подразделениях инфекционного профиля осуществляется ежедневно и по мере загрязнения.

3995. Медицинский персонал не должен выходить в спецодежде за пределы МО инфекционного профиля и надевать личную верхнюю одежду на спецодежду, а также выносить спецодежду домой для любых целей.

### **Общие требования к организации профилактических и противоэпидемических мероприятий в инфекционных стационарах (отделениях)**

3996. Необходимо выделение отдельного уборочного инвентаря для каждого бокса в приемном отделении. В палатных отделениях отдельный уборочный инвентарь выделяют для административных кабинетов, кабинетов для проведения медицинских манипуляций. Для группы палат пациентов с одинаковой нозологической формой выделяется один уборочный инвентарь. Для дезинфекции туалетов в палатах и боксах отделений выделяется отдельный уборочный инвентарь.

3997. Уборочный материал маркируют и применяют по назначению. После использования уборочный инвентарь обеззараживают.

3998. Уборку палат (боксов), дезинфекцию уборочного инвентаря проводят по режиму соответствующей инфекции.

3999. При входе в бокс, где лежит инфекционный больной, и при выходе из него персонал обязан вытирать ноги о губчатый или поролоновый коврик, смоченный дезинфицирующим раствором.

4000. При входе в палату к больным капельными инфекциями, а в периоды, неблагоприятные по заболеваемости гриппом, во все палаты, персонал обязан надевать одноразовые маски, закрывающие



рот и нос.

4001. В инфекционных отделениях, в которых из-за малой численности инфекционных больных имеется общий медицинский персонал, последний обязан:

носить маски при посещении палат больных инфекциями дыхательных путей и соблюдать очередность в обслуживании инфекционных больных: соответственно трансмиссивными, кишечными, капельными инфекциями;

при входе в бокс надевать второй халат, при выходе снимать его и проводить гигиеническую обработку рук кожными антисептиками.

4002. Текущую профилактическую дезинфекцию и влажную уборку (пол, мебель, радиаторы, подоконники) в палатах, коридорах и других помещениях инфекционных стационаров (отделений) проводят 2 раза в день с применением дезинфицирующих средств по режиму соответствующей инфекции, а заключительную - после одномоментной выписки больных из палаты или после выписки больного из изолированного бокса (палаты), перед текущим ремонтом, при перепрофилировании палаты, отделения.

4003. Генеральную уборку в палатах проводят после выписки больных (после заключительной дезинфекции), но не реже 1 раза в 7 календарных дней с тщательным протиранием предметов и поверхностей (пол, окна, двери, стены, осветительная арматура) по режиму соответствующей инфекции или с применением аэрозольного способа дезинфекции (в отсутствии больных).

4004. Промаркированный уборочный инвентарь (емкости, салфетки, швабры, держатели mopов и другие) для уборки палат, коридоров и туалетов дезинфицируют и хранят отдельно.

4005. Для обеззараживания воздуха в палатах устанавливают установки обеззараживания воздуха, разрешенные к работе в присутствии людей. Расчет количества установок проводят в соответствии с паспортом к каждой марке облучателя.

4006. В отделениях кишечных инфекций и вирусных гепатитов в случае отсутствия централизованных или локальных сооружений по обеззараживанию сточных вод обеззараживание выделений проводят в туалете в подкладных суднах, ночных горшках или в специально приспособленных для этого емкостях (баки, ведра и иные).

4007. После обеззараживания и удаления выделений посуду дезинфицируют в специальных промаркированных баках с плотно закрывающимися крышками и моют.

4008. Тапочки после выписки больного обеззараживают в дезинфекционных камерах или в дезинфицирующем растворе по фунгицидному режиму.

4009. Игрушки в детских отделениях допускают только новые и легко моющиеся: резиновые или пластмассовые. Игрушки ежедневно обеззараживают в специально выделенных маркированных емкостях методом погружения в один из растворов дезинфицирующих средств в соответствии с инструкцией по применению. Игрушки не должны переходить от одного ребенка к другому без предварительного обеззараживания. Игрушки из отделений родителям не возвращают, о чем последних предупреждают заранее.

4010. Посещение больных инфекционных стационаров (отделений) родственниками запрещаются.
4011. Справки о состоянии больных инфекционных стационаров (отделений) родственникам дает лечащий врач в специально выделенном для этого помещении.
4012. Допуск матерей в отделение инфекционного стационара для ухода за детьми, кроме детей грудного возраста, производят в каждом отдельном случае при получении разрешения заведующего отделением.
4013. Сопровождающие по уходу за ребенком проходят инструктаж, санитарную обработку, надевают больничную одежду и должны выполнять правил, установленные в инфекционном стационаре (отделении).
4014. В отделениях кишечных инфекций сопровождающим проводят бактериологическое обследование на носительство возбудителей кишечных инфекций.
4015. Передачи больным инфекционных стационаров (отделений) принимают в пределах разрешенного ассортимента и количества продуктов.

**Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению мер профилактики ИСМП и противоэпидемических мероприятий в медицинских организациях (подразделениях) стоматологического профиля**

4016. 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.
4017. Все стоматологические кабинеты должны быть обеспечены изделиями медицинской техники и медицинского назначения в количестве, достаточном для бесперебойной работы с учетом времени, необходимого для их обработки между манипуляциями у пациентов: на каждое рабочее место врача-стоматолога - не менее 6 наконечников (по два угловых, прямых, турбинных), на каждое посещение - индивидуальный смотровой стоматологический комплект, состоящий из набора инструментов (лоток, зеркало стоматологическое, пинцет зубохирургический, зонд стоматологический), пакет с ватными валиками, пакет с пинцетом (для работы со стерильными инструментами, необходимыми для каждого пациента). При необходимости набор доукомплектовывают другими инструментами (зонд стоматологический пугочный, зонд пародонтологический градуированный, гладилки, шпатель, экскаваторы и другие).
4018. Стерильные изделия выкладывают на стоматологический столик врача (на стерильный лоток или стерильную салфетку) непосредственно перед манипуляциями у конкретного пациента.
4019. Под рабочей поверхностью стола (на полке, в ящике), допускается размещать приборы и аппараты для проведения различных стоматологических манипуляций, пломбирочные материалы.
4020. Нагрудные салфетки после каждого пациента подлежат смене. Одноразовые салфетки собираются как отходы класса Б, многоразовые сдаются в стирку.

4021. Для ополаскивания рта водой используют одноразовые или многоразовые стаканы индивидуально для каждого пациента.
4022. Дезинфекцию поверхностей предметов, находящихся в зоне лечения (столлик для инструментов, кнопки управления, клавиатура, воздушный пистолет, светильник, плевательница, подголовник и подлокотники стоматологического кресла) проводят после каждого пациента. Для этих целей используют дезинфицирующие средства, разрешенные к применению в присутствии пациентов, обладающие широким спектром антимикробного действия.
4023. Дезинфекцию, пред стерилизационную очистку и стерилизацию изделий медицинской техники и медицинского назначения проводят с учетом особенностей стоматологической практики.
4024. 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). Обработку наконечников после каждого пациента допускается проводить следующим образом: канал наконечника промывают водой, прочищая с помощью специальных приспособлений (мандрены и иные), 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.
4025. Дезинфекцию стоматологических оттисков, заготовок зубных протезов проводят после применения у пациентов перед направлением в зуботехническую лабораторию и после их получения из зуботехнической лаборатории непосредственно перед применением. Выбор дезинфицирующего средства обусловлен видом оттискного материала. После дезинфекции изделия промывают питьевой водой для удаления остатков дезинфицирующего средства.
4026. 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.
4027. Полировочные насадки, карборундовые камни, предметные стекла подлежат дезинфекции, очистке и стерилизации.
4028. 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.
4029. 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 иные), 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, иоретажные 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.

4030. Наконечники, в том числе ультразвуковые, и насадки к ним, эндодонтические инструменты с пластмассовыми хвостовиками стерилизуют только паровым методом.

4031. Инфракрасным методом стерилизуют изделия из металлов: стоматологические щипцы, стоматологические микрохирургические инструменты, боры твердосплавные, головки и диски алмазные, дрельборы, каналонаполнители и другие.

4032. В виду того, что для обработки и стерилизации карпульных шприцев многоразового применения необходима их разборка, при которой возможна травма иглой персонала, следует использовать одноразовые карпульные шприцы, с последующим обеззараживанием или обезвреживанием их как отходы класса Б.

### **Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению мер профилактики ИСМП и противозидемических мероприятий в прочих медицинских организациях и ФАЛ**

4033. Медицинские работники должны выполнять мероприятия по профилактике ИСМП, предусмотренные санитарными правилами.

4034. Все помещения, оборудование, медицинский и другой инвентарь должны содержаться в чистоте.

4035. Влажная уборка помещений (обработка полов, мебели, оборудования, подоконников, дверей) должна осуществляться не менее 2 раз в день с использованием моющих и дезинфицирующих средств, разрешенных к использованию.

4036. Мытье оконных стекол должно проводиться по мере необходимости, но не реже 2 раз в год.
4037. Промаркированный уборочный инвентарь (можно цветном): ведра, тазы, салфетки, швабры, держатели mopов используют по назначению, обрабатывают и хранят в выделенном помещении (в шкафу вне медицинских кабинетов).
4038. Генеральную уборку помещений с обработкой стен, полов, оборудования, инвентаря, светильников проводят по графику не реже 1 раза в месяц.
4039. Генеральную уборку (мойка и дезинфекция), процедурных и других помещений с асептическим режимом, проводят один раз в неделю.
4040. В случае выявления пациента с инфекционными заболеваниями (подозрением) после его изоляции (госпитализации) проводят заключительную дезинфекцию по режиму, предусмотренному для соответствующей инфекции с последующей влажной уборкой с применением моющих средств, либо при использовании моюще-дезинфицирующих средств мойку и дезинфекцию проводят в один этап.
4041. 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 иное) должно проводиться незамедлительно.
4042. В период проведения текущего или капитального ремонта функционирование помещений должно быть прекращено.
4043. В помещениях ФАП, амбулаторий не должно быть синантропных членистоногих, крыс и мышевидных грызунов.
4044. Проведение профилактической обработки (дезинфекции, дезинсекции, дератизации) помещений против синантропных членистоногих, крыс и мышевидных грызунов должно осуществляться в соответствии с требованиями санитарных правил.
4045. Медицинские изделия 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. Допускается проведение стерилизации на местах.
4046. Стирку белья осуществляют в специальных прачечных или прачечной в составе медицинской организации. Режим стирки белья должен соответствовать гигиеническим нормативам.
4047. Допускается оборудование мини-прачечной в здании ФАП, амбулатории. Мини-прачечная должна иметь не менее двух помещений: для сбора, временного хранения и стрики белья второе для сушки, глажения и временного хранения чистого белья.
4048. Сбор, временное хранение и удаление отходов различных классов опасности осуществляют в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями.
4049. Урны, установленные для сбора мусора у входа в здание, в местах отдыха и на территории очищают от мусора ежедневно и содержат в чистоте.
4050. Контейнеры для сбора твердых коммунальных отходов устанавливают на площадке с твердым

покрытием, закрывают крышками, регулярно очищают, моют и дезинфицируют после каждого опорожнения.

4051. В основных функциональных, производственных помещениях должны быть обеспечены гигиенические нормативы параметров микроклимата и воздушной среды.

4052. Персонал должен проходить предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры и профилактические прививки в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4053. Медицинский персонал ФАПа, амбулатории должен быть обеспечен комплектами сменной одежды: халатами, шапочками или косынками, масками, сменной обувью (тапочками) в количестве, обеспечивающем смену одежды не менее 2 раз в неделю. Хранение ее надлежит осуществлять в индивидуальных шкафчиках, обеспечивающих раздельное хранение личной (домашней) и рабочей (санитарной) одежды, обуви и головных уборов.

4054. В наличии постоянно должен быть комплект санитарной одежды для экстренной ее замены в случае загрязнения.

4055. Немедицинский персонал, выполняющий работу (в том числе временную) должен иметь сменную одежду и обувь.

4056. Врачи, фельдшера, медицинские сестры, акушерки должны быть обеспечены средствами индивидуальной защиты (перчатки, маски и иные). Все манипуляции, связанные с контактом с кровью и другими биологическими жидкостями проводить в перчатках.

4057. Обработку рук медицинский персонал проводит в соответствии с Санитарными правилами.

4058. Профилактические мероприятия при загрязнении кожи и слизистых работника кровью или другими биологическими жидкостями, а также при уколах и порезах проводятся в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

### **Санитарно-эпидемиологические особенности подразделений различного профиля**

4059. Эпидемиологическая задача приемного отделения: не допустить поступления пациента с признаками инфекционного заболевания в палатное отделение стационара общего профиля. С этой целью осматривают кожные покровы и слизистые, зев, измеряют температуру, проводят осмотр на педикулез с отметкой в истории болезни, собирают эпидемиологический и прививочный (по показаниям) анамнез. Приемное отделение оснащают термометрами и шпателями в количестве, соответствующему 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).

4060. 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.

4061. Палатные отделения стационаров неинфекционного профиля, в том числе дневные.

4062. Палатная секция должна быть непроходной. При входе в палатное отделение/палатную секцию следует предусматривать шлюз. Количество коек в палатной секции определяется заданием на проектирование, но не более 30. Вместимость палат, следует принимать не более 4 коек.

4063. В отделениях с двумя палатными секциями предусматривают не менее 2 процедурных, а в отделениях хирургического профиля - не менее двух перевязочных.

4064. В палатных отделениях строящихся и реконструируемых стационаров предусматривают одноместные палаты для изоляции хирургических пациентов - носителей полирезистентной (панрезистентной) микрофлоры. Это палаты с барьерными функциями: со шлюзом с подпором воздуха, возможностью создания отрицательного давления в палате (переключение системы вентиляции, когда вытяжка преобладает над притоком). При палате предусматривается санузел с унитазом, умывальником и душем с гибким шлангом (в дневных стационарах душ предусматривается по заданию на проектирование). Санузлы и уборные, доступные для инвалидов-колясочников, оборудуют приспособлениями (поручнями, стойками, откидными сидениями), облегчающими тяжелобольным пользование санитарными приборами.

4065. 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.

4066. В туберкулезном стационаре необходимо предусматривать боксированные палаты с барьерными функциями для больных туберкулезом, вызванным возбудителем с множественной лекарственной устойчивостью.

4067. Перепрофилирование специализированных туберкулезных больниц, противотуберкулезных диспансеров, иных специализированных туберкулезных учреждений и входящих в их состав отдельно стоящих зданий, сооружений (далее - объектов) осуществляется в зависимости от степени потенциального риска загрязнения (заражения) микобактериями туберкулеза (МБТ) территории и помещений.

4068. Степень потенциального риска распространения туберкулеза зависит от клинической формы туберкулеза (легочной или внелегочной туберкулез, открытая или закрытая формы) у пациентов, которым оказывалась медицинская помощь, а также от срока закрытия специализированного туберкулезного учреждения, который прошел от выписки последнего пациента.

4069. По степени потенциального риска загрязнения микобактериями туберкулеза объекты разделяются на классы:

класс А (неопасные) - объекты, не предназначенные и не использовавшиеся для обследования, лечения, размещения больных туберкулезом (административные корпуса, аптеки, проходные, гаражи, мастерские, пищеблоки, другие объекты подобного назначения);

класс Б (потенциально опасные) - объекты, в которых осуществлялось обследование, лечение, размещение больных с внелегочными формами туберкулеза;

класс В (опасные) - объекты, в которых осуществлялось обследование, лечение, размещение больных с легочными формами туберкулеза, больных туберкулезом, вызванных возбудителем с множественной лекарственной устойчивостью; микробиологические и клинико-диагностические лаборатории, патологоанатомические отделения, очистные сооружения.

4070. При наличии в здании нескольких помещений (отделений), отнесенных к различным классам опасности, все здание должно быть отнесено к наиболее опасному классу из числа представленных в здании.

4071. Решение о перепрофилировании специализированных туберкулезных больниц, противотуберкулезных диспансеров, иных специализированных туберкулезных учреждений и входящих в их состав отдельно стоящих зданий, сооружений принимается органами управления здравоохранением при участии органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при этом определяется класс потенциального риска загрязнения объекта микобактериями туберкулеза и порядок проведения работ по перепрофилированию с учетом следующих требований:

для объектов класса А (неопасные) перепрофилирование и передача права собственности осуществляется только после проведения заключительной дезинфекции здания силами специализированной организации;

для объектов класса Б (потенциально опасные) перепрофилирование и передача права собственности осуществляется только после проведения заключительной дезинфекции здания силами специализированной организации с последующим капитальным ремонтом объекта, в ходе которого полностью демонтируется система вентиляции (включая воздуховоды), деревянные полы, рамы, двери, облицовочные панели, другие деревянные, пористые конструкции, удаляется штукатурка, плиточные покрытия, краска;

для объектов класса В (опасные) решение о перепрофилировании и передаче права собственности принимается органами управления здравоохранением субъекта Российской Федерации при участии органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор в субъекте Российской Федерации после проведения следующих мероприятий: на объекте осуществляется заключительная дезинфекция, после чего объект консервируется на срок не менее трех лет.

4072. По истечении срока консервации проводится капитальный ремонт объекта, в ходе которого полностью демонтируется система вентиляции (включая воздуховоды), деревянные полы, рамы, двери, облицовочные панели, другие деревянные, пористые конструкции, удаляется штукатурка, плиточные покрытия, краска; после завершения капитального ремонта повторно проводится заключительная дезинфекция;



- перепрофилирование объектов класса Б и В, размещенных в деревянных постройках не допускается, неиспользуемые объекты демонтируются, строительные конструкции сжигаются;
- после проведения заключительной дезинфекции осуществляется контроль ее эффективности с использованием лабораторных методов контроля;
- при перепрофилировании стационарных учреждений туберкулезного профиля в целом проводится рекультивация почвы (обеззараживание и перекопка на глубину 10-15 см) на территории рекреаций, а также на площади снесенных зданий и площадок после вывоза строительного мусора.
4073. Палатные отделения для пациентов с муковисцидозом, онкогематологическими заболеваниями, ожогами, реципиентов отделений трансплантологии. 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.
4074. Работа отделений организуется по принципу максимального оказания медицинской помощи и обслуживания пациентов непосредственно в палате.
4075. Палаты в отделениях должны быть со шлюзом и санузелом, оборудованы системой приточно-вытяжной вентиляции с преобладанием притока над вытяжкой, обеспечивающей чистоту воздуха. При отсутствии механической приточно-вытяжной вентиляции, должны быть предусмотрены другие устройства, обеспечивающие необходимую чистоту воздуха: установки обеззараживания воздуха рециркуляционного типа, устройство специальных палаток, оборудование однонаправленного воздушного потока над койкой пациента.
4076. 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.
4077. При оказании стационарной медицинской помощи больным муковисцидозом (МВ) в специализированных отделениях или центрах пациенты должны госпитализироваться в боксы или боксированные палаты на одного пациента и одного сопровождающего. Работа должна быть организована по принципу максимального оказания медицинской помощи и обслуживания пациентов непосредственно в палате.
4078. Посещение диагностических процедур больными МВ должно быть организовано с максимальным разобщением по времени, с дезинфекцией после приема каждого пациента.
4079. При оказании медицинской помощи больным МВ в амбулаторных условиях в специализированных центрах, кабинетах на базе консультативно-диагностических центров, поликлиник необходимо соблюдение специальных мер по профилактике перекрестного инфицирования:
- разделение потоков пациентов согласно результатам микробиологического исследования мокроты или отделяемого из верхних дыхательных путей,
- прием больных осуществлять по графику с учетом времени на обработку помещений после каждого пациента.
4080. Пациенты с МВ должны находиться в медицинских организациях в масках и не контактировать

друг с другом в зонах ожидания.

4081. После приема каждого пациента с МВ проводится дезинфекция помещения и обработка поверхностей, оборудования и дверных ручек.

4082. В амбулаторных центрах муковисцидоза, кабинетах муковисцидоза должен быть обеспечен доступ к средствам дезинфекции рук, бесконтактным диспенсерам.

4083. Врачи, принимающие больных МВ в специализированных центрах, кабинетах, должны быть обеспечены одноразовыми халатами, масками, перчатками.

4084. Амбулаторный прием пациентов с МВ и высевам из мокроты бактерий *Burkholderia cepacia complex*, метициллин-резистентного *Staphylococcus aureus*, *Achromobacter spp.*, а также нетуберкулезных микобактерий должен вестись с разобщением приема от других больных МВ по времени (специальный день) или месту (в отдельном боксе с отдельным входом).

### **Эндоскопические отделения**

4085. Планировка, оборудование и санитарное содержание помещений структурных подразделений медицинских организаций, выполняющих стерильные и нестерильные эндоскопические вмешательства, должны соответствовать санитарно-эпидемиологическим требованиям по профилактике инфекционных заболеваний при эндоскопических вмешательствах. 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).

### **Отделения гемодиализа**

4086. Допускается проектирование смежных гемодиализных залов для стационарных и амбулаторных пациентов. Для проведения хронического гемодиализа амбулаторным пациентам выделяют самостоятельную зону. В отделении гемодиализа предусматривают клиничко-диагностическую экспресс лабораторию, малую операционную и палату интенсивной терапии или используют соответствующие подразделения медицинской организации.

4087. Для пациентов, являющихся носителями маркеров парентеральных инфекционных заболеваний, предусматривают отдельные залы и оборудование.

4088. Процедура острого диализа может проводиться в специальных помещениях отделения гемодиализа, либо в реанимационном отделении, приемном отделении при наличии стационарной или мобильной организации водоподготовки.

4089. Пациенты, находящиеся на хроническом гемодиализе, должны быть привиты против гепатита В.

### **Отделения переливания и заготовки крови (ОПК)**

4090. Отделения переливания и заготовки крови размещают в изолированном блоке помещений с отдельным входом и подъездными путями для автомашин, удобными подходами 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 при наличии технической и технологической возможности предусматривается утепленный переход.

4091. В составе ОПК предусматривают 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, диагностических маркеров инфекционности, в том числе с использованием молекулярных методов);

блок помещений заготовки крови и ее препаратов (манипуляционная забора крови, манипуляционные для плазмафереза и тромбоцитфереза, бокс с предбоксником 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.

### **Подразделения скорой и неотложной помощи**

4092. Для оказания скорой и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим на месте происшествия необходимо иметь специально оснащенный медицинскими изделиями и оборудованием автотранспорт.

4093. Для станции (подстанции) скорой и неотложной помощи предусмотрен следующий минимальный набор помещений: диспетчерская, комната отдыха бригад, комната хранения и комплектования укладок, санузел. По заданию на проектирование могут также предусматриваться кабинеты для экстренного оказания медицинской помощи, обработки и стерилизации инструментов, гараж и прочие.

4094. Патологоанатомические отделения и отделения судебно медицинской экспертизы.

4095. При соответствующей планировочной изоляции и наличии автономных систем вентиляции патологоанатомическое отделение может быть размещено в лечебном корпусе стационара.

4096. В отделении выделяют следующие зоны: административно-хозяйственная, секционная, лабораторная, инфекционная, ритуальная. В отделении предусматривают не менее трех входов (доставка трупов, вход персонала и посетителей, выдача тел умерших).

4097. В Бюро судебно-медицинской экспертизы (БСМЭ) в секционной и лабораторной зонах дополнительно могут выделяться зоны «грязная, промежуточная и чистая». Зонирование таких помещений определяют приказом руководителя Бюро с учетом существующих рисков заражения инфекционным заболеванием или отравления сотрудников. В «грязную» зону включены помещения:

предсекционных, секционных залов, вырезки биологического материала, инфекционных секционных помещений, холодильников для хранения трупов и биологического материала, помещений для обработки и временного хранения медицинских отходов класса Б и В, разборки и хранения грязного белья, обеззараживания отходов класса «В», места хранения и обработки уборочного инвентаря для «грязной» зоны, лабораторных помещений для работы с необеззараженным биологическим материалом (работа проводится в одноразовой спецодежде).

4098. «Чистая» зона: кабинеты врачей судебно-медицинских экспертов, среднего и младшего медицинского персонала, смотровые кабинеты для экспертизы живых лиц, комнаты персонала, лабораторные помещения для работы с аппаратурой и заведомо обеззараженным биологическим материалом, санпропускники чистой зоны, помещения для хранения аппаратуры, инструментария, уборочного материала, дезинфицирующих средств, расходных материалов, чистого белья (допускается работа в многоразовой спецодежде и специальной обуви).

4099. «Промежуточная» зона может включать помещения, в которых ограничения устанавливаются в зависимости от величины ожидаемых рисков (помещения хранения вещественных доказательств, подготовки трупов к выдаче, санпропускники между зонами и иные).

4100. Для обеззараживания воздуха помещения секционных оборудуют бактерицидными облучателями закрытого типа или другими установками для обеззараживания воздуха и поверхности, разрешенными к применению в присутствии людей и обеспечивающими эффективность обеззараживания воздуха по санитарно-показательным микроорганизмам не менее чем на 95% на выходе.

4101. 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.

4102. Секционные столы должны быть из водонепроницаемого материала с легко очищаемым покрытием (мрамор, мозаичные плиты, оцинкованное железо, нержавеющей сталь), выдерживающим частую обработку дезинфекционными средствами, иметь подводку холодной и горячей воды и сток в канализацию, закрывающийся сеткой-уловителем. Предусматривают наличие трапа в полу секционной.

4103. Работа с секционным материалом должна проводиться с использованием средств индивидуальной защиты (халат, перчатки, фартуки, очки или щитки). В случаях, не исключаящих туберкулез, используются средства индивидуальной защиты органов дыхания (респираторы). При подозрении на карантинные инфекции применяют защитные костюмы. В секционных залах должны быть установлены средства обеззараживания воздуха непрерывного действия.

4104. Все работы в комнате хранения вещей умерших и вещественных доказательств проводят в спецодежде с обязательным использованием средств индивидуальной защиты (перчатки, маски, фартуки).

4105. Влажные аутопсийные и биопсийные материалы хранят в специальном помещении (архив влажного аутопсийного и биопсийного материала), в плотно закрытых банках. По истечении срока

хранения архивные материалы направляются в крематорий или обезвреживают как отходы класса Г. Работы с использованием вредных химических веществ (фиксирование материала, розлив формалина, концентрированных кислот, приготовление реактивов, прокаливание, выжигание, измельчение) проводят в вытяжном шкафу. Скорость движения воздуха в проемах вытяжных шкафов должна быть не менее 0,2-0,5 м/сек.

### **Лабораторные подразделения**

4106. Клинико-диагностические, микробиологические и другие диагностические лаборатории размещают в изолированных непроходных отсеках зданий.

4107. Помещение для взятия материала располагают за пределами блока помещений для исследований.

4108. Размещение и состав помещений микробиологической лаборатории (отделения), клинико-диагностической лаборатории, проводящей исследования с патогенными биологическими агентами (далее ПБА) III - IV групп определяют с учетом требований санитарных правил по безопасности работы с микроорганизмами III - IV групп патогенности (опасности) и возбудителей паразитарных болезней.

4109. Работы с использованием вредных химических веществ (фиксирование материала, розлив формалина, концентрированных кислот, приготовление реактивов, прокаливание, выжигание, измельчение) должны проводиться в вытяжном шкафу. Летучие химические вещества хранят в отдалении от нагревательных приборов и открытого огня. Хранение ядовитых веществ осуществляется в специальных кладовых, в металлических шкафах или сейфах. Кислоты и щелочи хранят 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).

### **Централизованное стерилизационное отделение (ЦСО)**

4110. Создание ЦСО при больницах мощностью более 100 коек является обязательным, при больницах мощностью до 100 коек - при наличии хирургических и акушерских стационаров. ЦСО размещают с учетом удобных связей с операционным блоком, отделением реанимации, родовым блоком, обеспечиваемых в том числе вертикальными коммуникациями.

4111. Помещения ЦСО должны быть разделены на три зоны - «грязная», «чистая» и «стерильная». К «грязной» зоне относят помещения приема и очистки медицинских изделий, к «чистой» зоне - помещения упаковки, комплектации и загрузки в стерилизаторы, к «стерильной» зоне - стерильная половина стерилизационной, склад стерильных материалов и экспедиция. Проход в помещения «стерильной» зоны осуществляют через шлюз, который оборудуют раковиной для мытья рук и вешалкой / шкафом для специальной одежды. С учетом мощности ЦСО предпочтение следует отдавать установке стерилизационного оборудования проходного типа, которое размещают между «чистой» и «стерильной» зоной.

4112. В крупных ЦСО следует предусматривать помещение для центрального компьютера, предназначенного для автоматизации производственных процессов и контроля качества стерилизации.

4113. В организациях мощностью менее 25 коек и 50 посещений в смену для обработки изделий медицинского назначения многократного применения допускается оборудование ЦСО с сокращенным набором помещений. При наличии одного помещения расстановку оборудования осуществляют с учетом последовательности технологических процессов, выделяя «грязную» и «чистую» зоны. Прием и выдачу медицинских изделий осуществляют в разные двери (или дверь и передаточное окно).

При маленькой мощности и площади помещения (меньше 10 м<sup>2</sup>) прием использованных и выдача стерильных изделий может осуществляться по графику.

### **Дезинфекционное отделение**

4114. Дезинфекционное отделение (далее - дезотделение) 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);

комплектования уборочных тележек; стирки mopов.

Помещения дезотделения должны быть разделены на две зоны: «грязную», где ведутся работы с инфицированными и потенциально инфицированными вещами и больничным текстилем, и «чистую», где работают с обеззараженными вещами и больничным текстилем, и иметь два самостоятельных входа - один для персонала и выдачи обработанных вещей, другой - для приема инфицированных вещей.

Дезотделения размещают в нижних этажах, в том числе подземных.

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

Станции обработки кроватей предусматривают 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, мойка и дезинфекция самой кровати. Перечисленные операции производят в «грязной» зоне отделения. В «чистой» зоне производят комплектацию чистой кровати чистыми постельными принадлежностями и бельем, временное хранение чистой кровати и передача ее в отделение.

Станцию обработки кроватей размещают в нижних этажах (в том числе подземном) палатного корпуса с учетом обеспечения удобных вертикальных связей (с помощью лифтов) с палатными отделениями.

В составе дезинфекционного отделения располагают помещения или зоны для обработки (стирки и дезинфекции) и подготовки к работе уборочного текстиля (моющих насадок / mopов) и салфеток), хранения и приготовления растворов моющих и дезинфицирующих средств, комплектации уборочных тележек.

4115. Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, оборудованию, содержанию больничных прачечных устанавливаются в соответствии с нормативными документами, регламентирующими работу прачечных, а также технических регламентов.

4116. Производительность следует принимать из расчета 2,3 кг сухого белья на койку в день и 0,4 кг сухого белья на одно посещение амбулаторно-поликлинического отделения (организации).

4117. Стирка белья из отделений инфекционного, в том числе туберкулезного, профиля осуществляется только в собственных или в специализированных прачечных для стирки больничного белья.

4118. Все белье из инфекционных отделений, а также белье, загрязненное биологическими жидкостями и выделениями больных из соматических отделений дезинфицируют и стирают в прачечных. Для этого используют стиральные машины барьерного проходного типа, имеющих 2 окна - загрузочное («грязное») и разгрузочное («чистое»). Слабозагрязненный больничный текстиль, в том числе уборочный текстильный инвентарь можно стирать в машинах непроходного типа.

4119. Стирка белья из отделений неинфекционного профиля осуществляется в собственных (больничных) прачечных или прачечных бытового обслуживания, режим обеззараживания и стирки в которых соответствует технологии обработки белья для медицинской организации. В случае стирки белья в неспециализированных коммунальных прачечных, для белья медицинской организации выделяется отдельная технологическая линия (отдельные машины).

4120. Планировка прачечной должна предусматривать последовательность (поточность) технологического процесса. Не допускается пересечение потоков чистого и грязного белья. Доставка чистого белья и транспортировка грязного проводится разными лифтами. Поступление грязного и выдача чистого белья осуществляется через разные входы и помещения.

4121. Белье, загрязненное выделениями (нательное и постельное белье полотенец, подкладные пеленки, спецодежда медицинского персонала), по возможности освобождают от выделений и собирают в непромокаемые мешки. 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 организациях. Стирку больничного белья осуществляют по режимам термической или термохимической дезинфекции в соответствии с инструкциями к дезинфицирующим средствам и стиральному оборудованию. Используются барьерные стиральные машины проходного типа.

4122. Для стирки белья новорожденных и детей до 1 года в прачечной организуют отдельный технологический поток и используют специальные моющие средства, разрешенные для этих целей.

4123. Для стирки спецодежды персонала или небольшого количества белья (салфетки, полотенца для персонала) в медицинских организациях амбулаторно-поликлинического типа, включая дневные стационары, допускается устройство минипрачечных, состоящих из двух смежных помещений (одно

для сбора и стирки, другое для сушки и глажения).

4124. При стирке белья должны быть обеспечены дезинфекция, должное качество стирки и микробиологическая чистота. 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 не реже 2 раз в год, по эпидемиологическим показаниям и в ходе контрольных (надзорных) мероприятий.

4125. В МО должен быть предусмотрен обменный фонд больничного белья и постельных принадлежностей в соответствии с обязательными требованиями.