

**ПРИКАЗ**  
**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**  
**ПРИДНЕСТРОВСКОЙ МОЛДАВСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**О введении в действие СанПиН МЗ ПМР 2.1.3.2630-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»**

Согласован:

Министерство экономического развития

Зарегистрирован Министерством юстиции  
Приднестровской Молдавской Республики 12 апреля 2021 г.  
Регистрационный № 10144

В соответствии с Законом Приднестровской Молдавской Республики от 3 июня 2008 года № 481-3-IV «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (САЗ 08-22), Постановлением Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 6 апреля 2017 года № 60 «Об утверждении Положения, структуры и предельной штатной численности Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики» (САЗ 17-15) с изменениями и дополнениями, внесенными постановлениями Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 14 июня 2017 года № 148 (САЗ 17-25), от 7 декабря 2017 года № 334 (САЗ 17-50), от 17 октября 2018 года № 352 (САЗ 18-42), от 14 декабря 2018 года № 448 (САЗ 18-51), от 26 апреля 2019 года № 143 (САЗ 19-17), от 8 августа 2019 года № 291 (САЗ 19-30), от 29 сентября 2020 года № 330 (САЗ 20-40), от 15 ноября 2019 года № 400 (САЗ 19-44), в целях дальнейшего совершенствования санитарно-противоэпидемического обеспечения населения Приднестровской Молдавской Республики, приказываю:

1. Ввести в действие на территории Приднестровской Молдавской Республики санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН МЗ ПМР 2.1.3.2630-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» согласно Приложению к настоящему Приказу.

2. Признать Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 15 января 2004 года № 17 «О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил и нормативных документов на территории Приднестровской Молдавской Республики» (регистрационный № 2585 от 3 февраля 2004 года) (САЗ 04-6) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 6 июня 2006 года № 303 (регистрационный № 3701 от 4 октября 2006 года) (САЗ 06-41), от 6 июля 2006 года № 304 (регистрационный № 3702 от 5 октября 2006 года) (САЗ 06-41), от 15 августа 2006 года № 369 (регистрационный № 3730 от 4 ноября 2006 года) (САЗ 06-45), от 15 августа 2006 года № 367 (регистрационный № 3708 от 9 октября 2006 года) (САЗ 06-42), от 23 января 2007 года № 41 (регистрационный № 3825 от 14 февраля 2007 года) (САЗ 07-8), от 23 января 2007 года № 37 (регистрационный № 3816 от 7 февраля 2007 года) (САЗ 07-7), от 28 февраля 2007 года № 127 (регистрационный № 3934 от 22 мая 2007 года) (САЗ 07-22), от 2 апреля 2007 года № 201 (регистрационный № 3927 от 16 мая 2007 года) (САЗ 07-21), от 15 мая 2007 года № 289 (регистрационный № 3958 от 13 июня 2007 года) (САЗ 07-25), от 29 мая 2007 года № 312 (регистрационный № 4246 от 15 января 2008 года) (САЗ 08-2), от 26 ноября 2007 года № 677 (регистрационный № 4211 от 21 декабря 2007 года) (САЗ 07-52), от 28 ноября 2007 года № 688 (регистрационный № 4409 от 21 апреля 2008 года) (САЗ 08-16), от 7 декабря 2007 года № 715 (регистрационный № 4492 от 9 июля 2008 года) (САЗ 08-27), от 12 февраля 2008 года № 97 (регистрационный № 4397 от 16 апреля 2008 года) (САЗ 08-15), от 29 января 2009 года № 55 (регистрационный № 4839 от

18 мая 2009 года) (САЗ 09-21), от 3 марта 2009 года № 107 (регистрационный № 4937 от 23 июля 2009 года) (САЗ 09-30), от 23 марта 2009 года № 143 (регистрационный № 4884 от 24 июня 2009 года) (САЗ 09-20), от 24 марта 2009 года № 155 (регистрационный № 4832 от 14 мая 2009 года) (САЗ 09-20), от 7 апреля 2009 года № 186 (регистрационный № 4835 от 14 мая 2009 года) (САЗ 09-20), от 26 августа 2009 года № 455 (регистрационный № 4990 от 3 сентября 2009 года) (САЗ 09-36), Приказом Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики.

3. Признать Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 9 августа 2002 года № 617 «О введении нормативных документов на территории Приднестровской Молдавской Республики» (регистрационный № 1775 от 25 сентября 2002 года) (САЗ 02-39) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 24 сентября 2004 года № 520 (регистрационный № 2966 от 20 октября 2004 года) (САЗ 04-43), от 31 января 2007 года № 67 (регистрационный № 4028 от 2 августа 2007 года) (САЗ 07-32), от 21 мая 2007 года № 302 (регистрационный № 3959 от 14 июня 2007 года) (САЗ 07-25), от 13 ноября 2007 года № 632 (регистрационный № 4189 от 13 декабря 2007 года) (САЗ 07-51), от 5 декабря 2008 года № 586 (регистрационный № 4721 от 10 февраля 2009 года) (САЗ 09-7), от 23 марта 2009 года № 143 (регистрационный № 4884 от 24 июня 2009 года) (САЗ 09-26), от 24 июня 2009 года № 330 (регистрационный № 4919 от 17 июля 2009 года) (САЗ 09-29), от 6 августа 2009 года № 421 (регистрационный № 4998 от 17 сентября 2009 года) (САЗ 09-38), от 31 августа 2009 года № 462 (регистрационный № 5025 от 13 октября 2009 года) (САЗ 09-42), от 15 апреля 2010 года № 153 (регистрационный № 5305 от 24 июня 2010 года) (САЗ 10-25), от 20 июля 2010 года № 346 (регистрационный № 5345 от 5 августа 2010 года) (САЗ 10-31), от 11 сентября 2012 года № 478 (регистрационный № 6201 от 21 ноября 2012 года) (САЗ 12-48), Приказом Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики.

4. Исключить:

а) подпункт «я-13» пункта 1 Приказа Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 15 января 2004 года № 17 «О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил и нормативных документов на территории Приднестровской Молдавской Республики» (регистрационный № 2585 от 3 февраля 2004 года) (САЗ 04-6) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 6 июня 2006 года № 303 (регистрационный № 3701 от 4 октября 2006 года) (САЗ 06-41), от 6 июля 2006 года № 304 (регистрационный № 3702 от 5 октября 2006 года) (САЗ 06-41), от 15 августа 2006 года № 369 (регистрационный № 3730 от 4 ноября 2006 года) (САЗ 06-45), от 15 августа 2006 года № 367 (регистрационный № 3708 от 9 октября 2006 года) (САЗ 06-42), от 23 января 2007 года № 41 (регистрационный № 3825 от 14 февраля 2007 года) (САЗ 07-8), от 23 января 2007 года № 37 (регистрационный № 3816 от 7 февраля 2007 года) (САЗ 07-7), от 28 февраля 2007 года № 127 (регистрационный № 3934 от 22 мая 2007 года) (САЗ 07-22), от 2 апреля 2007 года № 201 (регистрационный № 3927 от 16 мая 2007 года) (САЗ 07-21), от 15 мая 2007 года № 289 (регистрационный № 3958 от 13 июня 2007 года) (САЗ 07-25), от 29 мая 2007 года № 312 (регистрационный № 4246 от 15 января 2008 года) (САЗ 08-2), от 26 ноября 2007 года № 677 (регистрационный № 4211 от 21 декабря 2007 года) (САЗ 07-52), от 28 ноября 2007 года № 688 (регистрационный № 4409 от 21 апреля 2008 года) (САЗ 08-16), от 7 декабря 2007 года № 715 (регистрационный № 4492 от 9 июля 2008 года) (САЗ 08-27), от 12 февраля 2008 года № 97 (регистрационный № 4397 от 16 апреля 2008 года) (САЗ 08-15), от 29 января 2009 года № 55 (регистрационный № 4839 от 18 мая 2009 года) (САЗ 09-21), от 3 марта 2009 года № 107 (регистрационный № 4937 от 23 июля 2009 года) (САЗ 09-30), от 23 марта 2009 года № 143 (регистрационный № 4884 от 24 июня 2009 года) (САЗ 09-20), от 24 марта 2009 года № 155 (регистрационный № 4832 от 14 мая 2009 года) (САЗ 09-20), от 7 апреля 2009 года № 186 (регистрационный № 4835 от 14 мая 2009 года) (САЗ 09-20), от 26 августа 2009 года № 455 (регистрационный № 4990 от 3 сентября 2009 года) (САЗ 09-36);

б) подпункт 3.2.2 подпункта 3.2 пункта 1 Приказа Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 9 августа 2002 года № 617 «О введении нормативных документов на территории Приднестровской Молдавской Республики» (регистрационный № 1775 от 25 сентября 2002 года) (САЗ 02-39) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 24 сентября 2004 года № 520 (регистрационный № 2966 от 20 октября 2004 года) (САЗ 04-43), от 31 января 2007 года № 67 (регистрационный № 4028 от 2 августа 2007 года) (САЗ 07-32), от 21 мая 2007 года № 302 (регистрационный № 3959 от 14 июня 2007 года) (САЗ 07-25), от 13 ноября 2007 года № 632 (регистрационный № 4189 от 13 декабря 2007 года) (САЗ 07-51), от 5 декабря 2008 года № 586 (регистрационный № 4721 от 10 февраля 2009 года) (САЗ 09-7), от 23 марта 2009 года № 143 (регистрационный № 4884 от 24 июня 2009 года) (САЗ 09-26), от 24 июня 2009 года № 330 (регистрационный № 4919 от 17 июля 2009 года) (САЗ 09-29), от 6 августа 2009 года № 421 (регистрационный № 4998 от 17 сентября 2009 года) (САЗ 09-38), от 31 августа 2009 года № 462 (регистрационный № 5025 от 13 октября 2009 года) (САЗ 09-42), от 15 апреля 2010 года № 153 (регистрационный № 5305 от 24 июня 2010 года) (САЗ 10-25), от 20 июля 2010 года № 346 (регистрационный № 5345 от 5 августа 2010 года) (САЗ 10-31), от 11 сентября 2012 года № 478 (регистрационный № 6201 от 21 ноября 2012 года) (САЗ 12-48).

5. Ответственность за исполнение настоящего Приказа возложить на руководителей организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, независимо от форм собственности.

6. Контроль над исполнением настоящего Приказа возложить на главного государственного санитарного врача Приднестровской Молдавской Республики.

7. Настоящий Приказ вступает в силу со дня, следующего за днем официального опубликования.

Министр

К. АЛБУЛ

г. Тирасполь  
16 октября 2020 г.  
№ 883

Приложение к Приказу  
Министра здравоохранения  
Приднестровской Молдавской Республики  
от 16 октября 2020 г. № 883

## Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы

СанПиН МЗ ПМР 2.1.3.2630-20

### «САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИЯМ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ»

#### Раздел 1. Общие требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность

##### Глава 1. Общие положения и область применения

1. Настоящие санитарно-эпидемиологические правила и нормативы (далее – санитарные правила) устанавливают санитарно-эпидемиологические требования к размещению, устройству, оборудованию, содержанию, противоэпидемическому режиму, профилактическим и противоэпидемическим мероприятиям, условиям труда персонала, организации питания пациентов и персонала организаций, осуществляющих медицинскую деятельность (далее - ООМД).

2. Настоящие санитарные правила являются обязательными для исполнения всеми юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями, деятельность которых связана с проектированием, строительством и реконструкцией ООМД. Для действующих ООМД настоящие санитарные правила являются обязательными в части соблюдения и выполнения санитарно-противоэпидемических мероприятий.

3. Ввод в эксплуатацию законченных строительством, реконструированных, а также после проведенного капитального ремонта ООМД допускается только после согласования и получения санитарно-эпидемиологического заключения организаций Государственной санитарно-эпидемиологической службы Приднестровской Молдавской Республики (далее - Госсанэпидслужба).

4. Медицинская деятельность подлежит лицензированию в соответствии с законодательством Приднестровской Молдавской Республики. Обязательным условием для принятия решения о выдаче лицензии является представление соискателем лицензии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений, помещений, оборудования и иного имущества, которые соискатель лицензии предполагает использовать для осуществления деятельности.

5. Контроль и надзор за выполнением настоящих санитарных правил проводится организациями Госсанэпидслужбы.

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

7. Медицинская техника, мебель, оборудование, дезинфекционные средства, изделия медицинского назначения, строительные и отделочные материалы, а также используемые медицинские технологии должны быть разрешены к применению на территории Приднестровской Молдавской Республики.

8. Руководители ООМД обязаны организовать производственный контроль за соблюдением санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов с проведением лабораторно-инструментальных исследований и измерений в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 20 марта 2015 года № 211 «О введении в действие СанПиН МЗ ПМР 1.1.1058-15 «Порядок организации и проведения производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий» (регистрационный № 7222 от 19 августа 2015 года) (САЗ 15-34) (далее - СанПиН МЗ ПМР 1.1.1058-15 «Порядок организации и проведения производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий»). Примерный план производственного контроля в ООМД приведен в Приложении № 1 к настоящим санитарным правилам.

9. Термины и определения, используемые в настоящих санитарных правилах, приведены в Приложении № 2 к настоящим санитарным правилам.

## Глава 2. Требования к размещению и территории ООМД

10. ООМД располагают на территории жилой застройки, в зеленой или пригородной зоне на расстоянии от общественных, промышленных, коммунальных, хозяйственных и других организаций в соответствии с требованиями, предъявляемыми к планировке и застройке городских, поселковых и сельских населенных пунктов, а также в соответствии с гигиеническими требованиями к санитарно-защитным зонам. Отвод земельного участка подлежит согласованию с Госсанэпидслужбой, с оформлением санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии земельного участка санитарным правилам и нормативам.

11. ООМД, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение (далее - стационары) психиатрического, инфекционного, в том числе туберкулезного профиля, располагают на расстоянии не менее 100 м от территории жилой застройки. Стационары указанного профиля на 1000 и более коек желательнее размещать в пригородной или зеленой зонах.

12. На участке ООМД не должны располагаться здания организаций, функционально не связанные с ними. На территории ООМД или в непосредственной близости от неё целесообразно предусматривать гостиницы или пансионаты для проживания пациентов, прибывших на амбулаторное обследование и (или) сопровождающих лиц.

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

14. Через территорию ООМД не должны проходить транзитные инженерные и транспортные коммуникации.

15. В жилых и общественных зданиях, при наличии отдельного входа, допускается размещать амбулаторно-поликлинические организации мощностью не более 100 посещений в смену, включая фельдшерско-акушерские пункты, организации с дневными стационарами.

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

17. ООМД для оказания помощи лицам, страдающим алкогольной и наркотической зависимостью, не допускается размещать в жилых зданиях.

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

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

20. Площади земельных участков стационаров ООМД и отдельно-стоящих амбулаторно-поликлинических организаций должны определяться в соответствии с требованиями СНиП ПМР 30-01-2010 «Градостроительство. Планировка и застройка городских и сельских поселений», введенного в действие Приказом Министерства промышленности Приднестровской Молдавской Республики от 26 ноября 2010 года № 602 «О введении в действие СНиП ПМР» (газета «Приднестровье» № 237 от 9 декабря 2010 года). Рекомендуемые площади земельного участка стационара ООМД в зависимости от коечной емкости представлены в таблице № 1 Приложения № 3 к настоящим санитарным правилам.

21. Рекомендуемый размер земельного участка поликлиники ООМД рассчитывается на число посещений в смену: 0,1 га на 100 посещений в смену, но не менее 0,5 га на 1 объект.

Рекомендуемый размер земельного участка подстанции скорой помощи ООМД – от 0,2 до 0,4 га на 1 объект; для размещения транспорта предусматривается отапливаемая стоянка из расчета 36 м<sup>2</sup> на одно машино-место. Расстояние стоянки машин скорой помощи до жилых домов предусматривается не менее 50 м.

22. Территория ООМД должна быть благоустроена с учетом необходимости обеспечения лечебно-охранительного режима, озеленена, ограждена и освещена. Площадь зеленых насаждений и газонов должна составлять не менее 50% общей площади участка стационара ООМД. В условиях стесненной городской застройки, а также в стационарах ООМД, не имеющих в своем составе палатных отделений восстановительного лечения и ухода, допускается уменьшение площади участка в пределах от 10% до 15% от нормируемой, за счёт сокращения доли зеленых насаждений и размеров садово-парковой зоны.

23. В целях предупреждения снижения естественной освещенности и инсоляции деревья должны высаживаться на расстоянии не ближе 15 м, кустарники - 5 м от светонесущих проемов зданий.

24. На территории стационаров ООМД выделяются зоны: лечебных корпусов для инфекционных и для неинфекционных больных, садово-парковая, патологоанатомического корпуса, хозяйственная и инженерных сооружений. Инфекционный корпус отделяется от других корпусов полосой зеленых насаждений.

25. Патологоанатомический корпус ООМД с ритуальной зоной не должен просматриваться из окон палатных отделений, а также жилых и общественных зданий, расположенных вблизи ООМД. В ритуальную зону ООМД необходим отдельный въезд.

26. Инфекционные, кожно-венерологические, акушерские, детские, психосоматические, радиологические отделения, входящие в состав многопрофильных ООМД, размещаются в отдельно стоящих зданиях. К инфекционному отделению предусматривается отдельный въезд (вход) и крытая площадка для дезинфекции транспорта. При соответствующей планировочной изоляции и наличии автономных систем вентиляции допускается размещение указанных подразделений в одном здании с другими отделениями, за исключением противотуберкулезных подразделений. Для инфекционного отделения необходимо предусматривать отдельный вход.

27. На территории хозяйственной зоны ООМД на расстоянии не менее 25 м от окон размещают контейнерную площадку для отходов с твердым покрытием и въездом со стороны улицы. Размеры площадки должны превышать площадь основания контейнеров на 1,5 м во все стороны. Контейнерная площадка должна быть защищена от постороннего доступа, иметь ограждение и навес.

28. Обращение с отходами ООМД осуществляется в соответствии с требованиями СанПиН МЗ и СЗ ПМР 2.1.7.728-06 «Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических организаций», утвержденных Приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 23 января 2007 года № 40 (регистрационный № 3814 от 6 февраля 2007 года) (САЗ 07-7) (далее - СанПиН МЗ и СЗ ПМР 2.1.7.728-06 «Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических организаций»).

### Глава 3. Требования к зданиям, сооружениям и помещениям ООМД

29. Архитектурно-планировочные и конструктивные решения зданий и помещений ООМД для медицинской деятельности должны обеспечивать оптимальные условия для осуществления лечебно-диагностического процесса, соблюдения санитарно-противоэпидемического режима и труда медицинского персонала. Высота помещений допускается не менее 2,6 м.

30. В ООМД должны быть созданы условия для удобного доступа и комфортного пребывания маломобильных групп населения.

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

32. В каждом лечебно-диагностическом подразделении ООМД следует предусматривать кабинет заведующего, помещение старшей медицинской сестры, помещения персонала.

33. Подразделения (помещения) с асептическим режимом, палатные отделения, отделения лучевой диагностики и терапии, другие подразделения с замкнутым технологическим циклом (лаборатория, пищеблок, центральное стерилизационное отделение (далее – ЦСО), аптека, прачечная) ООМД не должны быть проходными.

34. Структура, состав, функциональное назначение и площади помещений ООМД должны определяться мощностью и видами деятельности ООМД с учетом требований действующих нормативных документов и отражаться в задании на проектирование. Минимальные площади помещений необходимо принимать согласно приложениям № 4 и № 5 к настоящим санитарным правилам. С целью создания оптимальных условий проведения лечебно-диагностического процесса, комфортного пребывания пациентов и обеспечения безопасности труда медицинского персонала, площади отдельных помещений ООМД могут увеличиваться. Площадь помещений, не указанных в Приложении № 3 к настоящим санитарным правилам, принимается по заданию на проектирование и определяется габаритами и расстановкой оборудования, числом лиц, одновременно находящихся в помещении с соблюдением последовательности технологических процессов и нормативных расстояний, обеспечивающих рациональную расстановку оборудования и свободное передвижение больных и персонала.

35. В ООМД, являющихся учебными или научными базами, необходимо дополнительно предусматривать учебные помещения для студентов и курсантов, кабинеты для преподавателей, самостоятельные вспомогательные помещения (раздевалки, туалеты, кладовые).

36. Допускается свободная ориентация окон помещений по сторонам света. Продолжительность инсоляции необходимо принимать с учетом требований санитарных норм по инсоляции и солнцезащите помещений жилых и общественных зданий и территорий, установленных Приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 1 августа 2013 года № 328 «О введении в действие СанПиН МЗ и СЗ ПМР 2.1.2.1002-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к жилым зданиям и помещениям» (регистрационный № 6575 от 14 октября 2013 года) (САЗ 13-41) (далее - СанПиН МЗ и СЗ ПМР 2.1.2.1002-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к жилым зданиям и помещениям»).

37. Для защиты от слепящего действия солнечных лучей и перегрева окна, ориентированные на южные румбы горизонта, оборудуются солнцезащитными устройствами (козырьки, жалюзи).

38. При планировке зданий ООМД не допускается размещение под окнами палат помещений травматологических пунктов, приемно-смотровых боксов, входов в приемное отделение, а также тарных, загрузочных, экспедиционных и других помещений, к которым имеется подъезд автомашин для проведения погрузочно-разгрузочных работ.

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

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

41. Помещения ООМД, в которых предусматривается транспортировка пациентов на каталках (функциональных кроватях), должны иметь дверные проемы шириной не менее 120 см (для существующих ООМД - не менее 110 см).

42. В ООМД, где проводятся парентеральные манипуляции с применением многоразового медицинского инструмента, необходимо предусматривать ЦСО, площадь и состав которых определяется профилем и мощностью ООМД.

43. При проектировании прачечных при ООМД производительность необходимо принимать из расчета 2,3 кг сухого белья в смену на 1 (одну) койку (в случае круглосуточного пребывания лиц по уходу добавляется 1 кг), 0,4 кг сухого белья в сутки на одно посещение амбулаторно-поликлинического отделения (ООМД).

В ООМД небольшой мощности допускается устройство мини-прачечных (для стирки спецодежды, полотенец, салфеток) в составе не менее 2 (двух) смежных помещений (одно для сбора и стирки, другое для сушки и глажения).

44. В стационарах ООМД следует предусматривать дезинфекционное отделение, состав и площадь которого определяются количеством обрабатываемых постельных принадлежностей. При отсутствии собственного дезинфекционного отделения дезинфекция постельных принадлежностей может проводиться в других организациях, имеющих дезинфекционные камеры.

45. ООМД должны иметь отдельные туалеты для больных и персонала, оборудованные кабинами, за исключением амбулаторно-поликлинических организаций с мощностью до 50 посещений в смену. При туалетах должны быть шлюзы с умывальниками.

46. Во вновь строящихся и реконструируемых ООМД для пациентов при палатах предусматриваются санузелы, оснащенные раковиной, унитазом, душем и биде. Двери в санузлах для пациентов должны открываться наружу.

47. Межэтажные перекрытия, перегородки, стыки между ними и отверстия для прохождения инженерных коммуникаций и проводок должны быть непроницаемыми для грызунов.

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

49. Поверхность стен, полов и потолков помещений ООМД должна быть гладкой, без дефектов, легкодоступной для влажной уборки и устойчивой к обработке моющими средствами и дезинфицирующими средствами (далее – ДС). При использовании панелей их конструкция также должна обеспечивать гладкую поверхность.

50. Покрытие пола должно плотно прилегать к основанию. Сопряжение стен и полов должно иметь закругленное сечение, стыки должны быть герметичными. При использовании линолеумных покрытий края линолеума у стен могут быть подведены под плинтусы или возведены на стены. Швы примыкающих друг к другу листов линолеума должны быть пропаяны.

В вестибюлях полы должны быть устойчивы к механическому воздействию (мраморная крошка, мрамор, мозаичные полы и другие).

Полы в операционных, наркозных, родовых и других аналогичных помещениях ООМД должны быть антистатическими.

Полы в вентиляционных камерах должны иметь непылеобразующее покрытие.

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

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

53. В местах установки раковин и других санитарных приборов, а также оборудования, эксплуатация которого связана с возможным увлажнением стен и перегородок, следует предусматривать отделку последних керамической плиткой или другими влагостойкими материалами на высоту 1,6 м от пола и на ширину не менее 20 см от оборудования и приборов с каждой стороны.

54. Допускается применение подвесных, натяжных, подшивных и других видов потолков, обеспечивающих гладкость поверхности и возможность проведения их влажной очистки и дезинфекции.

## Глава 5. Требования к водоснабжению и канализации ООМД

55. Все вновь строящиеся, реконструируемые и действующие ООМД должны быть оборудованы водопроводом, канализацией, централизованным горячим водоснабжением. Качество воды для хозяйственно-питьевого назначения должно соответствовать требованиям Приказа Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 12 апреля 2007 года № 222 «О введении в действие СанПиН МЗ и СЗ ПМР 2.1.4.1074-07 «Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения. Контроль качества» (регистрационный № 3928 от 17 мая 2007 года) (САЗ 07-21) (далее - СанПиН МЗ и СЗ ПМР 2.1.4.1074-07 «Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения. Контроль качества»).

При наличии собственного источника водоснабжения водопотребление ООМД возможно при наличии санитарно-эпидемиологического заключения на данный источник.

56. Очистка и обеззараживание сточных от ООМД вод должна осуществляться на общегородских или других канализационных очистных сооружениях, гарантирующих эффективную очистку и обеззараживание сточных вод.

Предусматривается обеззараживание сточных вод с круглосуточным функционированием от всех инфекционных отделений ООМД.

При отсутствии общегородских или других очистных сооружений сточные воды ООМД должны подвергаться полной биологической очистке и обеззараживанию на локальных сооружениях.

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

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

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

58. Для вновь строящихся и реконструируемых ООМД на случай выхода из строя или проведения профилактического ремонта системы горячего водоснабжения должно быть предусмотрено централизованное резервное горячее водоснабжение. Для существующих ООМД - в качестве резервного источника устанавливаются водонагревательные устройства.

59. Во врачебных кабинетах, комнатах и кабинетах персонала, в туалетах, в материнских комнатах при детских отделениях, процедурных, перевязочных и вспомогательных помещениях ООМД должны быть установлены умывальники с подводкой горячей и холодной воды, оборудованные смесителями. Температура горячей воды в точках разбора детских и психиатрических палат, душевых, санузлов для пациентов не должна превышать 37°C.

60. В палатах, шлюзах при палатах умывальники устанавливаются в соответствии с заданием на проектирование.

61. Предоперационные, перевязочные, родовые залы, реанимационные, процедурные кабинеты, посты медсестер при палатах новорожденных, посты медсестер (в строящихся и проектируемых ООМД) и другие помещения ООМД, требующие соблюдения особого режима и чистоты рук обслуживающего медперсонала, следует оборудовать умывальниками с установкой смесителей с локтевым (бесконтактным, педальным и прочим не кистевым) управлением и дозаторами с жидким (антисептическим) мылом и растворами антисептиков.

62. Такие же краны и дозаторы устанавливаются в инфекционных, туберкулезных, кожно-венерологических, гнойных, ожоговых, гематологических отделениях, клиничко-диагностических и бактериологических лабораториях, а также в санпропускниках, в шлюзах-боксах, полубоксах и санузлах для персонала.

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

64. В кабинетах, где проводится обработка инструментов, следует предусматривать отдельную раковину для мытья рук или двугнездную раковину (мойку).

65. Санузлы обеспечиваются туалетной бумагой, средствами для мытья рук.

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

67. Для удобства пациентов в санитарных узлах при палатах конструкция душевых кабин может предусматривать слив без установки душевых поддонов или душевых поддонов без бортиков.

68. В целях профилактики внутрибольничного легионеллеза в отделениях (палатах) для лечения иммунокомпрометированных пациентов (трансплантологии, онкогематологии, ожоговых и тому подобных) при температуре горячей воды в точках разбора (душевые сетки) ниже 60°C рекомендуется применять дополнительные средства защиты (специальные фильтры). Микробиологический контроль на наличие легионелл в этих отделениях осуществляется 2 раза в год, точка отбора - перед поступлением в распределительную сеть. При температуре горячей воды выше 65°C и холодной воды ниже 20°C микробиологический контроль не проводится.

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

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

70. Нагревательные приборы должны иметь гладкую поверхность, исключаящую адсорбирование пыли и устойчивую к воздействию моющих и дезинфицирующих

растворов. Их следует размещать у наружных стен, под окнами. Расположение нагревательных приборов у внутренних стен в палатах не допускается.

При устройстве ограждений отопительных приборов должен быть обеспечен свободный доступ для текущей эксплуатации и уборки.

71. В системах центрального отопления ООМД в качестве теплоносителя используется вода с температурой в нагревательных приборах от 70°C до 85°C. Использование других жидкостей и растворов в системах отопления не допускается.

72. Здания ООМД должны быть оборудованы системами приточно-вытяжной вентиляции с механическим и (или) естественным побуждением.

73. Системы механической приточно-вытяжной вентиляции должны быть паспортизированы. Эксплуатация (обслуживание) механической приточно-вытяжной вентиляции и кондиционирования осуществляется ответственным лицом организации или другой специализированной организацией. 1 раз в год проводится проверка эффективности работы, текущие ремонты (при необходимости), а также очистка и дезинфекция систем механической приточно-вытяжной вентиляции и кондиционирования.

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

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

76. Классы чистоты, допустимые уровни бактериальной обсемененности воздушной среды, допустимая температура и рекомендуемые кратности воздухообмена помещений медицинских организаций принимаются в соответствии с Приложением № 6 к настоящему санитарным правилам.

В помещениях ООМД классов чистоты А и Б в воздухе не должно быть золотистого стафилококка. В помещениях ООМД классов чистоты В и Г золотистый стафилококк не нормируется.

Предельно допустимые концентрации вредных химических веществ в воздухе производственных помещений ООМД представлены в Приложении № 7 к настоящему санитарным правилам.

77. Проектирование и эксплуатация вентиляционных систем ООМД должны исключать перетекание воздушных масс из «грязных» помещений в «чистые».

78. Кратность воздухообмена определяется исходя из расчетов обеспечения заданной чистоты, температуры и относительной влажности воздуха. Скорость движения воздуха в палатах и лечебно-диагностических кабинетах ООМД принимается от 0,1 до 0,2 м/с. В помещениях классов чистоты А и Б относительная влажность не должна превышать 60%.

Температура и организация воздухообмена в помещениях ООМД принимается в соответствии с Приложением № 6 к настоящему санитарным правилам.

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

80. Самостоятельные системы вентиляции предусматриваются для помещений операционных, реанимационных, рентгенкабинетов, лабораторий. Допускаются общие системы приточно-вытяжной вентиляции для группы помещений одного или нескольких структурных подразделений ООМД, кроме помещений класса чистоты А.

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

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

82. При работе с жидким азотом и другими тяжелыми газами, аэрозолями, вытяжка организуется только из нижней зоны. Помещения для хранения биоматериалов в жидком

азоте должны оборудоваться самостоятельной системой вытяжной вентиляции и аварийной вентиляцией, включающейся автоматически по сигналу газоанализатора.

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

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

85. Запорные устройства (в том числе обратные клапаны) должны устанавливаться на приточных и вытяжных вентиляционных системах в секционных, лабораториях патологоанатомических отделений и отделений судебно-медицинской экспертизы, а также в других помещениях, для исключения несанкционированного перетока воздуха.

86. В инфекционных, в том числе туберкулезных отделениях ООМД вытяжные вентиляционные системы оборудуются устройствами обеззараживания воздуха или фильтрами тонкой очистки.

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

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

89. Изоляция пациентов с инфекционными болезнями, которые могут привести к возникновению чрезвычайных ситуаций в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения и требуют проведения мероприятий по санитарной охране территории (чума, холера, желтая лихорадка, вирусные геморрагические лихорадки и другие) допускается только в боксы с механической системой вентиляции.

90. В ООМД, общей площадью не более 500 м<sup>2</sup>, в помещениях классов чистоты Б и В (кроме рентгенокабинетов, кабинетов компьютерной и магнитно-резонансной томографии) допускается естественное проветривание.

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

92. Выброс отработанного воздуха предусматривается выше кровли на 0,7 м. Допускается выброс воздуха на фасад здания ООМД после очистки фильтрами соответствующего назначения.

93. Воздух, подаваемый в помещения чистоты классов А и Б подвергается очистке и обеззараживанию, устройствами, обеспечивающими эффективность инактивации микроорганизмов на выходе из установки не менее чем на 99% - для класса чистоты А и 95% для класса чистоты Б, а также эффективность фильтрации, соответствующей фильтрам высокой эффективности (Н11 - Н14). Фильтры высокой очистки подлежат замене не реже 1 раза в полгода, если другое не предусмотрено инструкцией по эксплуатации.

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

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

96. В палатах с санузлами для создания изолированного воздушного режима вытяжка организуется из санузла.

97. В целях поддержания комфортной температуры воздуха в кабинетах врачей, палатах, административных и вспомогательных помещениях ООМД допускается применение сплит-систем, при условии проведения очистки и дезинфекции фильтров и камеры теплообменника в соответствии с рекомендациями производителя, но не реже 1 (одного) раза в 3 (три) месяца. Допускается также использование для этих целей панели лучистого тепла (охлаждения).

98. Вытяжная вентиляция с механическим побуждением без устройства организованного притока предусматривается из помещений: душевых, санитарных узлов, помещений для грязного белья, временного хранения отходов и кладовых для хранения дезинфекционных средств, реактивов и других веществ с резким запахом.

99. Содержание лекарственных средств в воздухе операционных, родовых палат, палат интенсивной терапии, реанимации, процедурных, перевязочных и других аналогичных помещений ООМД не должны превышать предельно-допустимых концентрации, приведенные в Приложении № 7 к настоящим санитарным правилам.

100. Уровни бактериальной обсемененности воздушной среды помещений, в зависимости от их функционального назначения и класса чистоты, не должны превышать допустимые, приведенные в Приложении № 6 к настоящим санитарным правилам.

101. Рабочие места в помещениях, где проводятся работы, сопровождающиеся выделением вредных химических веществ (работа с цитостатиками, психотропными веществами, метилметакрилатами, фенолами и формальдегидами, органическими растворителями, анилиновыми красителями и другими) должны быть оборудованы, местными вытяжными устройствами.

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

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

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

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

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

106. Во всех помещениях ООМД класса чистоты А предусматривается скрытая прокладка трубопроводов, арматуры. В остальных помещениях возможно размещение воздуховодов в закрытых коробах.

107. Приточные и вытяжные решетки должны быть максимально удалены друг от друга в пределах 1 (одного) помещения.

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

109. Независимо от принятой системы вентиляции рекомендуется проветривание палат не менее 4 (четырёх) раз в сутки по 15 минут.

110. Руководством ООМД организуется контроль за параметрами микроклимата и показателями микробной обсемененности воздушной среды с периодичностью не реже 1 (одного) раза в 6 месяцев и загрязненностью химическими веществами воздушной среды не реже 1 (одного) раза в год.

111. Допускается рециркуляция воздуха для 1 (одного) помещения при условии установки фильтра высокой эффективности (Н11 - Н14) с добавлением наружного воздуха по расчету для обеспечения нормативных параметров микроклимата и чистоты воздуха.

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

## Глава 7. Требования к естественному и искусственному освещению ООМД

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

114. Без естественного освещения или с освещением вторым светом при условии обеспечения нормируемых показателей микроклимата и кратности воздухообмена допускается размещать:

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

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

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

г) кабинеты и помещения восстановительного лечения (тренажерные залы, массажные кабинеты, кабинеты мануальной терапии, кабинеты безигольной рефлексотерапии, кабинеты гирудотерапии, сауны, помещения подготовки парафина, озокерита, обработки прокладок, фотарии, кабинеты бальнеологических процедур, регенерации грязи, лечения сном, кабинеты электросветолечения, кабинеты лучевой диагностики и терапии);

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

115. В подвале ООМД допускается размещать помещения, перечисленные в подпунктах а) – в) пункта 114 настоящих санитарных правил.

116. В цокольном этаже ООМД с заглублением не более 1 м допускается размещать кабинеты приема врачей при соблюдении нормируемого значения коэффициента естественного освещения (далее - КЕО).

117. В ООМД уровень естественного и искусственного освещения должен соответствовать санитарным нормам и правилам (Приложение № 8 к настоящим санитарным правилам).

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

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

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

121. Для освещения палат (кроме детских и психиатрических отделений) следует применять настенные комбинированные светильники (общего и местного освещения), устанавливаемые у каждой койки на высоте 1,7 м от уровня пола.

122. В каждой палате, должен быть специальный светильник ночного освещения, установленный около двери на высоте 0,3 м от пола (в детских и психиатрических отделениях светильники ночного освещения палат устанавливаются над дверными проемами на высоте 2,2 м от уровня пола).

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

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

125. Освещение на рабочих местах с компьютерной техникой должно соответствовать гигиеническим требованиям СанПиН МЗ и СЗ ПМР № 04-06 «Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы», утвержденных Приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 15 августа 2006 года № 369 «О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил» (регистрационный № 3730 от 4 ноября 2006 года) (САЗ 06-45) (далее - СанПиН МЗ и СЗ ПМР № 04-06 «Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы») и другими действующими нормативными правовыми актами.

## Глава 8. Требования к инвентарю и технологическому оборудованию ООМД

126. Расстояние от коек до стен с окнами должно быть не менее 0,9 м. Расстояние между торцами коек в 4-кочных палатах, а также между торцами коек и стеной в 2-3-кочных палатах должно быть не менее 1,2 м.

Расстояние между сторонами коек должно быть не менее 0,8 м, а в детских палатах и палатах восстановительного лечения - не менее 1,2 м.

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

127. Размещение оборудования и мебели в помещениях должно обеспечивать и свободный доступ к пациенту, и доступность для уборки, эксплуатации и обслуживания.

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

129. Лечебно-диагностическое оборудование, не требующее специальных условий размещения и используемое в ходе приема врача, может быть установлено непосредственно в его кабинете (например: физиотерапевтическое оборудование в кабинете косметологии терапевтической, аппарат электрокардиографии (ЭКГ) в кабинете терапевта (кардиолога), аппарат ультразвукового исследования (УЗИ) в кабинете гинеколога).

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

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

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

133. В лечебных, диагностических и вспомогательных помещениях, кроме административных, должна использоваться медицинская мебель. Наружная и внутренняя поверхность медицинской мебели должна быть гладкой и выполнена из материалов, устойчивых к воздействию моющих средств и ДС.

134. Требования к изделиям медицинской техники (далее - ИМТ) и изделиям медицинского назначения (далее - ИМН):

а) ИМТ в зависимости от степени риска развития неблагоприятных последствий для медицинского персонала и потребителей при их эксплуатации, подразделяются на следующие типы, определяющие их последующую гигиеническую оценку и необходимые меры безопасности:

1) низкой степени риска - изделия, генерирующие уровни физических факторов, не превышающие предельно допустимых значений, установленных для населения; не требующие принятия специальных мер безопасности и не представляющие опасности для пользователей при применении в соответствии с требованиями, указанными в нормативной документации (инструкции по эксплуатации и тому подобные); изделия могут использоваться как в условиях профессионального применения, так и в быту;

2) средней степени риска - изделия, генерирующие уровни физических факторов, превышающие предельно допустимые значения, установленные для населения, но не превышающие предельно допустимых величин, установленных для производственных воздействий; изделия могут использоваться в условиях профессионального применения без специальных ограничений; запрещается использование в быту;

3) высокой степени риска - изделия, генерирующие уровни физических факторов, превышающие предельно допустимые значения, установленные для производственных воздействий, способные вызывать развитие профессиональных или производственно обусловленных заболеваний при несоблюдении требований безопасности, изложенных в нормативной документации (инструкциях по эксплуатации); изделия могут использоваться только в условиях профессионального применения с соблюдением комплекса мер защиты, обеспечивающего максимальное снижение риска для персонала (защита временем, расстоянием, средства коллективной и индивидуальной защиты, периодические медицинские осмотры, производственный контроль);

б) ИМТ и ИМН, используемые в медицинской и фармацевтической деятельности должны проходить санитарно-эпидемиологическую и гигиеническую оценку, подтверждающую их соответствие действующему законодательству в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения (Приложение № 9 к настоящим санитарным правилам);

в) проведение испытаний и санитарно-эпидемиологической и гигиенической оценки изделий медицинской техники и медицинского назначения осуществляется в установленном порядке;

г) фактические значения контролируемых показателей ИМТ и ИМН изложены в Приложении № 10 к настоящим санитарным правилам;

д) установленные при испытаниях и гигиенической оценке ИМТ и ИМН фактические значения контролируемых показателей не должны превышать допустимых значений, установленных в Приложении № 10 к настоящим санитарным правилам;

В случаях, когда уровни физических факторов, генерируемые ИМТ, превышают допустимые значения, указанные в Приложении № 10 к настоящим санитарным правилам (изделия средней и высокой степени риска), то такие ИМТ должны использоваться только в условиях профессионального применения, а их оценка должна проводиться на соответствие предельно допустимых уровней (ПДУ) физических факторов, установленных для производственных воздействий с обязательным определением комплекса мер защиты персонала, обеспечивающим безопасную эксплуатацию ИМТ.

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

Глава 9. Общие требования к организации профилактических и противоэпидемических мероприятий ООМД

135. В целях профилактики возникновения и распространения внутрибольничных инфекций (далее - ВБИ) разрабатывается план профилактических и противоэпидемических мероприятий, который, утверждается руководителем ООМД.

136. План профилактических и противоэпидемических мероприятий должен включать разделы по профилактике отдельных инфекционных заболеваний, в том числе гнойно-воспалительных, а также первичные противоэпидемические мероприятия на случай выявления больного инфекционным заболеванием.

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

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

- а) туберкулез (флюорография, результаты действительны в течение года);
- б) маркеры гепатитов В и С, сифилис (в случае оперативного лечения);
- в) дифтерию и кишечные инфекции (пациенты психиатрических стационаров);
- г) кишечные инфекции (пациенты детских стационаров до 2 (двух) лет и сопровождающие лица, результаты действительны в течение 2 (двух) недель до госпитализации).

Дети, поступающие на стационарное лечение, должны иметь сведения об отсутствии контактов с инфекционными больными в течение 21 (двадцати одного) дня до госпитализации.

139. Проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий осуществляется медицинским персоналом под руководством, лица, ответственного за работу по профилактике ВБИ (руководитель организации, заместитель руководителя по противоэпидемическим вопросам (врач-эпидемиолог, заместитель по медицинской части)).

## Глава 10. Санитарно-эпидемиологические особенности организации подразделений ООМД различного профиля

140. Приемные отделения стационаров ООМД:

а) эпидемиологическая задача приемного отделения не допустить поступления пациента с признаками инфекционного заболевания в палатное отделение стационара общего профиля. С этой целью осматриваются кожные покровы, зев, измеряется температура, проводится осмотр на педикулез с отметкой в истории болезни, собирается эпидемиологический и прививочный (по показаниям) анамнез. Приемное отделение оснащается термометрами и шпателями в количестве, соответствующем числу поступающих пациентов. В случае подозрения на инфекционное заболевание пациента изолируют в диагностическую палату при приемном отделении или бокс до установки диагноза или перевода в инфекционное отделение (больницу). По заданию на проектирование в приемном отделении предусматриваются помещения для оказания экстренной лечебно-диагностической помощи (кабинеты лучевой диагностики, эндоскопии, смотровые, экстренные операционные, реанимационные залы, перевязочные, гипсовочные, кабинеты врачей и прочие);

б) приемно-карантинное отделение психиатрического стационара отличается от приемного отделения стационара общего профиля тем, что в отделении проводится взятие анализов (в случае отсутствия документально подтвержденных результатов) для микробиологических исследований на дифтерию и группу кишечных инфекций. Пациент находится в приемно-карантинном отделении до получения результатов исследования;

в) в инфекционных стационарах (отделениях) для приема больных следует предусмотреть приемно-смотровые боксы, количество которых определяется в зависимости от количества коек в отделении: до 60 коек - 2 (два) бокса; 60 - 100 коек - 3 (три) бокса; свыше 100 коек – 3% от числа коек;

г) в неинфекционных отделениях для приема больных детей следует предусмотреть боксы и приемно-смотровые боксы. Количество боксов должно быть равно 5%, а

количество приемно-смотровых боксов – 2% от числа коек терапевтического профиля и 4% от числа коек хирургического профиля.

141. Палатные отделения стационаров общесоматического профиля, в том числе дневных ООМД:

а) минимальную площадь палат лечебных организаций следует принимать в соответствии с Приложением № 4 к настоящим санитарным правилам;

б) палатная секция должна быть непроходной. При входе в палатное отделение (палатную секцию) следует предусматривать шлюз. Количество коек в палатной секции определяется заданием на проектирование;

в) вместимость палат, следует принимать не более 4 (четырёх) коек;

г) в отделениях с 2 (двумя) палатными секциями предусматривается не менее 2 (двух) процедурных;

д) в палатных отделениях оборудуется буфетная, с моечной для столовой посуды. Столовая предусматривается заданием на проектирование;

е) по заданию на проектирование для тяжелобольных могут предусматриваться ванные комнаты с подъемниками и другим специальным оборудованием, предназначенным для гигиенической обработки больных;

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

з) в санитарных комнатах следует предусматривать место для установки судномоечной машины (утилизатора);

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

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

142. Палатные отделения хирургического профиля ООМД:

а) пациентов с гнойно-септическими внутрибольничными заболеваниями изолируют в отделение гнойной хирургии, а при его отсутствии - в отдельную палату;

б) в отделениях с 2 (двумя) палатными секциями предусматривается не менее 2 (двух) перевязочных. Перевязки пациентам, имеющим гнойное отделяемое, проводят в септической перевязочной, при ее отсутствии, в асептической перевязочной после перевязок пациентов, не имеющих гнойного отделяемого или непосредственно в однокоечной палате. Осмотр пациентов проводят в перчатках и фартуках;

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

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

2) предметы ухода, а также стетоскоп, термометр и другие используются только для данного пациента;

3) перевязка пациента проводится в палате;

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

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

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

143. Особенности размещения и устройства в ООМД операционных блоков, операционных:

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

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

б) в операционных блоках предусматривается строгое зонирование внутренних помещений на стерильную зону (операционные), зону строгого режима (предоперационные, помещение подготовки больного - наркозная, помещения хранения стерильных материалов и другие вспомогательные помещения, для которых соблюдается режим санитарного пропускника для входа персонала), зону общебольничного режима (шлюз). В шлюзе персонал отделения, сопровождающий пациента, перекладывает его с каталки отделения на каталку операционного блока. Далее персонал операционного блока перевозит пациента в операционную. Зона общебольничного режима (после шлюза) отделяется от остальных помещений операционного блока «красной чертой»;

в) 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.

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

д) для новых и реконструируемых ООМД в малые операционные амбулаторно-поликлинических организациях, а также отделений стационара, пациент входит через шлюз, а персонал через предоперационную;

е) в операционных предусматриваются автоматически закрывающиеся двери (доводчики, фотоэлементы, прочее). Лечебно-диагностическое оборудование в операционных по возможности должно крепиться на консолях. Для обучения студентов должна быть предусмотрена трансляция операций в другое помещение;

ж) операционные должны быть пронумерованы и функционально разделены с учетом необходимого оборудования и степени чистоты оперативного вмешательства;

з) для своевременного и адекватного лечения пациентов в послеоперационном периоде, производится взятие материала на бактериологический посев во время операций по поводу гнойных процессов, а также при повторных операциях по поводу постоперационных осложнений любого генеза (ревизия операционных ран (полостей));

и) в операционных блоках санитарные пропускники для персонала (мужской и женский) следует проектировать каждый в составе 3 (три) смежных помещений. Первое помещение, оборудованное душем, санузлом и дозатором с раствором антисептика. В данном помещении входящий персонал снимает спецодежду, в которой работал в отделении, принимает душ и производит гигиеническую обработку рук. Во втором помещении персонал надевает чистые хирургические костюмы, разложенные в ячейках по размерам, специальную обувь, бахилы и выходит из санпропускника в коридор операционного блока, далее в предоперационную. После проведения операций персонал возвращается в санпропускник через третье помещение, в котором устанавливаются

контейнеры для сбора использованного белья (халатов, хирургических костюмов, масок, шапочек, бахил). Далее персонал проходит в первое помещение, где, при необходимости, принимает душ, надевает спецодежду для работы в отделении и выходит из операционного блока.

144. Отделения реанимации и интенсивной терапии ООМД:

а) состав и площадь помещений отделений реанимации и интенсивной терапии определяется в зависимости от числа и профиля коек структурных подразделений ООМД;

б) в составе отделений реанимации и интенсивной терапии должен предусматриваться изолятор (боксовая палата);

в) отделение гипербарической оксигенации (барозал) предназначено для проведения баротерапии - лечения кислородом под повышенным давлением, проводимое в специальных аппаратах - кислородных барокамерах. Может быть как самостоятельным подразделением, так и входить в состав реанимационных, инфекционных и прочих отделений. Площадь барозала определяется габаритами применяемого оборудования, но не должна быть менее 20 м<sup>2</sup>. Расстояние от барокамеры до стены не менее 1 м, между 2 (двумя) барокамерами - 1,5 м. Полы в барозале выполняются из антистатических материалов. Для внутренней отделки используются негорючие материалы. Барозал относится к помещениям с асептическим режимом (класс чистоты Б). Воздух подлежит обеззараживанию.

145. Акушерские стационары (отделения), перинатальные центры ООМД:

а) для оказания акушерской помощи создаются организации трех типов: перинатальные центры, родильные дома, родильные отделения;

б) в послеродовых отделениях предусматриваются палаты совместного и раздельного пребывания родильниц и новорожденных. Соотношение тех и других палат определяется заданием на проектирование. Количество коек в палатах совместного пребывания должно быть не более 2 (двух) материнских и 2 (двух) детских;

в) количество коек в послеродовых палатах раздельного пребывания должно быть не более 4 и соответствовать количеству коек в палатах для новорожденных;

г) во вновь строящихся, а также реконструируемых родовспомогательных ООМД (отделениях) необходимо предусмотреть послеродовые палаты вместимостью не более 2 (двух) материнских коек. В перинатальном центре должны быть предусмотрены палаты (отделения) для проведения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии новорожденным;

д) в отделении для новорожденных акушерских стационаров палаты могут группироваться в отсеки не более чем на 20 кроваток;

е) в акушерских стационарах и отделениях, при наличии наблюдательных коек, прием рожениц с подозрением на инфекционное заболевание осуществляется через блок помещений наблюдательного приема.

Во вновь строящихся и реконструируемых зданиях в составе приемных отделений необходимо предусматривать индивидуальные родовые боксы, при наличии которых наблюдательное отделение в структуре ООМД не выделяется. В этом случае следует предусматривать возможность планировочной изоляции части палат;

ж) в составе акушерского стационара выделяется родильный блок. Помещение для обработки рук и переодевания персонала (подготовительная) следует размещать перед родовыми палатами или между ними;

з) допускается размещать палаты новорожденных между палатами родильниц. Перед входом в палату новорожденных необходимо предусматривать шлюз;

и) отделения второго этапа выхаживания предусматриваются только в составе перинатальных центров и детских стационаров, при соответствующей планировочной изоляции.

146. Палатные отделения стационара ООМД для лечения детей:

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

б) вместимость палат для детей до 1 (одного) года (кроме новорожденных) должна быть не более чем на 2 (две) койки. Палаты объединяются в отсеки, не более чем по 8 (восемь) коек;

в) в отделениях второго этапа выхаживания и отделениях для детей до 3 (трех) лет предусматриваются палаты для совместного круглосуточного пребывания матерей, фильтр для их профилактического осмотра и переодевания, а также помещения для отдыха и приема пищи приходящих родителей;

г) в детских палатах кровать для матери или другого сопровождающего лица может устанавливаться без соблюдения требования трехстороннего подхода;

д) в детских отделениях стационара предусматриваются помещения для обучения и игровые комнаты.

147. Отделения ООМД для лечения инфекционных больных:

а) инфекционные отделения следует размещать в отдельно стоящем или пристроенном здании с отдельным приемным отделением;

б) процентное соотношение коек в боксах, боксированных палатных инфекционных отделениях необходимо принимать по таблице № 2 Приложения № 3 к настоящим санитарным правилам;

в) в туберкулезном стационаре необходимо предусмотреть наличие боксированных палат для пациентов с туберкулезом, вызванным возбудителем с множественной лекарственной устойчивостью;

г) перепрофилирование специализированных туберкулезных больниц, противотуберкулезных диспансеров, иных специализированных туберкулезных (противотуберкулезных) организаций здравоохранения и их структурных подразделений и входящих в их состав отдельно стоящих зданий, сооружений (далее - объекты, туберкулезные организации) осуществляется в зависимости от степени потенциального риска загрязнения (заражения) микобактериями туберкулеза (МБТ) территории и помещений. По степени потенциального риска загрязнения микобактериями туберкулеза объекты разделяются на классы:

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

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

3) 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.

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

Решение о перепрофилировании туберкулезных организаций принимается органами управления здравоохранением при участии организаций Госсанэпидслужбы, при этом определяется класс потенциального риска загрязнения объекта микобактериями туберкулеза и порядок проведения работ по перепрофилированию с учетом следующих требований:

а) для объектов класса А (неопасные) перепрофилирование осуществляется только после проведения заключительной дезинфекции здания специализированной организацией;

б) для объектов класса Б (потенциально опасные) перепрофилирование осуществляется только после проведения заключительной дезинфекции здания специализированной организацией 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;

в) для объектов класса В (опасные) решение о перепрофилировании принимается органами управления здравоохранением при участии организации Госсанэпидслужбы, после проведения следующих мероприятий: на объекте осуществляется заключительная дезинфекция, после чего объект консервируется на срок не менее 3 (трех) лет, 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;

г) перепрофилирование объектов класса Б и В, размещенных в деревянных постройках не допускается, неиспользуемые объекты демонтируются, строительные конструкции сжигаются;

д) после проведения заключительной дезинфекции осуществляется контроль ее эффективности с использованием лабораторных методов контроля; при перепрофилировании туберкулезных организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, проводится рекультивация почвы на закрепленной территории.

148. Палатные отделения ООМД для иммунокомпрометированных пациентов (отделения для пациентов с ВИЧ-инфекцией, муковисцидозом, онкогематологическими заболеваниями, ожогами):

а) вместимость палат указанных подразделений должна быть не более 2 (двух) коек;

б) работа отделений организуется по принципу максимального оказания медицинской помощи и обслуживания пациентов непосредственно в палате;

в) палаты в отделениях должны быть со шлюзом и туалетом, оборудованы системой приточно-вытяжной вентиляции с преобладанием притока над вытяжкой, обеспечивающей чистоту воздуха в соответствии с требованиями Приложения № 6 к настоящему санитарным правилам. При отсутствии механической приточно-вытяжной вентиляции, должны быть предусмотрены другие устройства, обеспечивающие необходимую чистоту воздуха: установки обеззараживания воздуха рециркуляционного типа, устройство специальной палатки, оборудование однонаправленного воздушного потока над койкой пациента;

г) по заданию на проектирование смежно с палатой для пациента предусматривается помещение (палата) для пребывания лиц по уходу.

149. Отделения физиотерапевтического и восстановительного лечения ООМД:

а) отделение восстановительного и физиотерапевтического лечения может быть общим для всех структурных подразделений ООМД, за исключением отделений инфекционного профиля;

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

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

г) в кабине допускается размещение не более 1 (одного) аппарата. Кабина должна иметь следующие размеры: высота стоек – 2,0 м, длина – 2,2 м, ширина – 1,8 м. При использовании аппаратов индуктотермии, микроволновой терапии, УВЧ-генераторов мощностью более 200 Вт ширина кабины принимается не менее 2 м;

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

е) требования к размещению и эксплуатации лазерных аппаратов и приборов в ООМД определяются в соответствии с классом лазерной опасности. Внутренняя отделка помещений должна быть выполнена из материалов с матовой поверхностью. Запрещается использование зеркал и других отражающих поверхностей. Для лазерных аппаратов 1 (первого) и 2 (второго) классов опасности отдельных помещений не требуется. Лазерные

аппараты 3 (третьего) и 4 (четвертого) классов опасности должны размещаться в отдельных кабинетах, оснащенных наружным табло «Не входить, работает лазер», знаком лазерной опасности, внутренним запорным устройством; на данные кабинеты оформляется санитарный паспорт. При работе с лазерными аппаратами 2 - 4 классов опасности необходимо использовать индивидуальные средства защиты органов зрения для пациентов и персонала. Работа с источниками лазерного излучения должна проводиться в соответствии с действующими санитарными правилами;

ж) в составе солярия, предназначенного для искусственного ультрафиолетового облучения людей, следует предусматривать место для раздевания. Площади для размещения солярия следует предусматривать в соответствии с руководством пользователя на конкретный тип солярия, но не менее 12 м<sup>2</sup>.

Пациенты должны обеспечиваться защитными очками. После каждого пациента необходимо использовать ДС для очищения акриловых стекол, подушек для головы и ног, защитных очков или лицевых пластин, а в случае вертикального солярия – также пола. Следует соблюдать режим облучения, учитывая тип кожи пациента и отсутствие противопоказаний для облучения. При солярии организуется пост медицинской сестры (оператора);

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

и) кабинеты гипокситерапии в случае использования азота для газовой гипоксической смеси должны размещаться преимущественно на первом этаже. В кабинетах предусматриваются противошумовые мероприятия от работы компрессора и естественное проветривание. Принимается площадь 4 м<sup>2</sup> на человека, но кабинет не менее 10 м<sup>2</sup>. Для мойки и дезинфекции масок и шлангов предусматривается помещение не менее 4 м<sup>2</sup>.

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

к) при кабинете гидроколонотерапии предусматривается санузел.

#### 150. Эндоскопические отделения ООМД:

а) в составе отделения выделяются кабинет приема врача, процедурные, помещения для обработки эндоскопического оборудования и вспомогательные помещения. Для проведения бронхоскопии, эндоскопии верхних отделов пищеварительного тракта и нижних отделов пищеварительного тракта выделяются отдельные процедурные. Проведение этих манипуляций в 1 (одной) процедурной не допускается. При процедурной для исследования нижних отделов пищеварительного тракта предусматривается санитарный узел;

б) 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).

#### 151. Отделения экстракорпорального оплодотворения (далее - ЭКО), других вспомогательных репродуктивных технологий ООМД:

а) состав помещений определяется технологическим процессом и мощностью ООМД. Минимальные площади специализированных и вспомогательных помещений представлены в Приложении № 4 к настоящим санитарным правилам;

б) помещения для амбулаторно-консультативного приема могут располагаться как в едином блоке с помещениями ЭКО, так и вне его. Количество и специализация консультативных кабинетов определяется заданием на проектирование;

в) в помещении криохранилища не должно быть водопроводных труб, кранов и другого водосодержащего сантехнического оборудования. Предусматривается приточно-вытяжная вентиляция с вытяжкой из нижней зоны. Помещение оборудуется датчиками для контроля

содержания кислорода. Индикаторы должны быть выведены из рабочего помещения в места постоянного присутствия персонала.

152. Отделения гемодиализа ООМД:

а) допускается проектирование смежных гемодиализных залов для стационарных и амбулаторных больных. Для проведения хронического гемодиализа амбулаторным больным должна выделяться самостоятельная зона. Для амбулаторных пациентов предусматриваются помещения отдыха, переодевания и хранения личных вещей. Минимальные площади помещений, в том числе вспомогательных, отражены в Приложении № 4 к настоящим санитарным правилам;

б) в отделении острого гемодиализа предусматриваются клиническая экспресс лаборатория, малая операционная и палата интенсивной терапии;

в) процедура острого диализа может проводиться в специальных помещениях отделения гемодиализа, либо в реанимационном отделении, приемном отделении при наличии стационарной или мобильной организации водоподготовки;

г) пациенты, находящиеся на хроническом гемодиализе, должны быть привиты против гепатита В;

д) процедуры детоксикации (гемосорбция, плазмоферез, экстракорпоральная гемокоррекция и другие) проводятся в условиях процедурного кабинета.

153. Отделения лучевой диагностики ООМД:

а) размещение рентгеновских кабинетов, помещений, связанных с работой с радиоактивными веществами, осуществляется в соответствии с требованиями норм радиационной безопасности и санитарных правил устройства и эксплуатации помещений для работы с источниками ионизирующих излучений;

б) магнитно-резонансный томограф (далее - МРТ) может размещаться в составе отделения лучевой диагностики.

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

Экранирование осуществляется с помощью клетки Фарадея с учетом мощности томографа. Конструкция стен, потолка, пола, дверей, окон в помещении диагностической должна обеспечивать снижение уровней электромагнитного поля в прилегающих помещениях до допустимых значений (Приложение № 11 к настоящим санитарным правилам). Звукоизоляция стен, потолка, пола, дверей, окон технического помещения и диагностической должна быть выполнена в соответствии с расчетами акустического влияния оборудования и обеспечивать гигиенические требования по шуму в смежных помещениях (приложения № 12 и № 13 к настоящим санитарным правилам);

в) размещение, оборудование кабинетов ультразвуковой диагностики должны соответствовать гигиеническим требованиям к условиям труда медицинских работников, выполняющих ультразвуковые исследования. Предельно-допустимые уровни ультразвука представлены в Приложении № 14 к настоящим санитарным правилам.

154. Подразделения скорой и неотложной помощи ООМД:

а) для оказания скорой и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим на месте происшествия необходимо иметь специально оснащенный медицинскими изделиями и оборудованием транспорт;

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

155. Патологоанатомические отделения и отделения судебно-медицинской экспертизы ООМД:

а) при соответствующей планировочной изоляции и наличии автономных систем вентиляции патологоанатомическое отделение может быть заблокировано с лечебным корпусом стационара;

б) в отделении выделяются зоны: административно-хозяйственная, секционная, лабораторная, инфекционная, ритуальная. В отделении предусматривается не менее 3

(трех) входов (доставка трупов, вход персонала и посетителей, вход в траурный зал). Помещения для вскрытия инфицированных трупов должны быть изолированными и иметь отдельный вход снаружи;

в) в патологоанатомическом отделении должны быть предусмотрены как минимум 2 (две) секционные, одна из которых на 1 (один) секционный стол, с запасным наружным входом;

г) секционные столы должны быть изготовлены из водонепроницаемого материала с легко очищаемым покрытием (мрамор, мозаичные плиты, оцинкованное железо, нержавеющая сталь), выдерживающим частую обработку дезинфекционными средствами, иметь подводку холодной и горячей воды и сток в канализацию, закрывающийся сеткой-уловителем. Предусматривается наличие трапа в полу секционной;

д) работа с секционным материалом должна проводиться с использованием средств индивидуальной защиты (халат, перчатки, фартуки, очки или щитки). В случаях, не исключаящих туберкулез, используются маски (респираторы). При подозрении на карантинные инфекции применяются защитные костюмы;

е) влажные аутопсийные и биопсийные материалы должны храниться в специальном помещении (архив влажного аутопсийного и биопсийного материала), в плотно закрытых банках. По истечении срока хранения архивные материалы подлежат уничтожению в порядке, установленном Приказом Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 25 октября 2005 года № 509 «Об утверждении Правил производства судебно-медицинских экспертиз» (регистрационный № 3463 от 7 февраля 2006 года) (САЗ 06-7);

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

#### 156. Лабораторные подразделения ООМД:

а) клиничко-диагностические, микробиологические и другие диагностические лаборатории должны размещаться в изолированных непроходных отсеках зданий. Помещение для забора материала располагают за пределами блока помещений для исследований. Размещение и состав помещений микробиологической лаборатории (отделения) определяются с учетом требований санитарных правил по безопасности работы с микроорганизмами 3 - 4 групп патогенности (опасности) и возбудителей паразитарных болезней. Доставка материала в лаборатории из сторонних организаций осуществляется через самостоятельный вход;

б) работа с использованием вредных химических веществ (фиксирование материала, розлив формалина, концентрированных кислот, приготовление реактивов, прокаливание выжигание, измельчение) должны проводиться в вытяжном шкафу;

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

#### 157. Амбулаторно-поликлинический прием ООМД:

а) в территориальных амбулаторно-поликлинических организациях мощностью до 100 посещений в смену (в том числе в офисах врача общей практики), а также в специализированных амбулаторно-поликлинических организациях неинфекционного профиля (поликлиники восстановительного лечения, врачебно-физкультурные, психоневрологические, кардиологические, наркологические, эндокринологические, онкологические) допускается наличие общей вестибюльной группы для детей и взрослых (с выделением туалета для детей), а также совместное использование диагностических отделений и отделений восстановительного лечения;

б) вход детей в территориальные поликлиники организуется через фильтр-бокс. В поликлиниках может предусматриваться игровая;

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

158. Прием косметолога в ООМД:

а) оказание медицинской помощи по косметологии терапевтической без нарушения целостности кожных покровов, в том числе с применением физиотерапевтических методов лечения проводится в кабинете врача - косметолога;

б) в случае применения инъекционных методов лечения предусматривается и процедурный кабинет.

159. ЦСО:

а) помещения ЦСО должны быть разделены на три зоны – грязная, чистая и стерильная. К грязной зоне относятся помещения приема и очистки ИМН, к чистой зоне относятся помещения упаковки, комплектации и загрузки в стерилизаторы. К стерильной зоне относятся: стерильная половина стерилизационной - автоклавной, склад стерильных материалов и экспедиция.

160. Фельдшерско-акушерские пункты (далее - ФАП): санитарно-эпидемиологические требования к устройству, оборудованию и эксплуатации ФАП изложены в разделе 6 настоящих санитарных правил.

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

## Глава 11. Санитарное содержание помещений, оборудования, инвентаря ООМД

162. Все помещения, оборудование, медицинский и другой инвентарь должны содержаться в чистоте. Влажная уборка помещений (обработка полов, мебели, оборудования, подоконников, дверей) должна осуществляться не менее 2 (двух) раз в сутки, с использованием моющих средств и ДС, разрешенных к использованию в установленном порядке. Руководство ООМД организует предварительный и периодический (не реже 1 (одного) раза в год) инструктаж персонала, осуществляющего уборку помещений по вопросам санитарно-гигиенического режима и технологии уборки.

163. Хранение моющих и дезинфекционных средств должно осуществляться в таре (упаковке) изготовителя, снабженной этикеткой, на стеллажах, в специально предназначенных местах.

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

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

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

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

Емкости с рабочими растворами дезинфекционных средств должны быть снабжены плотно прилегающими крышками, иметь четкие надписи или этикетки с указанием средства, его концентрации, назначения, даты приготовления, предельного срока годности раствора.

165. При работе с дезинфекционными средствами необходимо соблюдать все меры предосторожности, включая применение средств индивидуальной защиты, указанные в инструкциях по применению.

166. Уборочный инвентарь (тележки, мопы, емкости, ветошь, швабры) должен иметь четкую маркировку или цветовое кодирование с учетом функционального назначения помещений и видов уборочных работ и храниться в выделенном помещении. Схема цветового кодирования размещается в зоне хранения инвентаря. Стиральные машины для

стиркимопов и другой ветоши устанавливаются в местах комплектации уборочных тележек.

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

168. Генеральная уборка помещений палатных отделений и других функциональных помещений и кабинетов должна проводиться по графику не реже 1 (одного) раза в месяц, с обработкой стен, полов, оборудования, инвентаря, светильников.

169. Генеральная уборка операционного блока, перевязочных, родильных залов, процедурных, манипуляционных, стерилизационных, и других помещений с асептическим режимом проводится 1 (один) раз в неделю. В день проведения генеральной уборки в операционном блоке плановые операции не проводятся.

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

171. Для проведения генеральной уборки персонал должен иметь специальную одежду и средства индивидуальной защиты (халат, шапочка, маска, резиновые перчатки, резиновый фартук и другие), промаркированный уборочный инвентарь и чистые тканевые салфетки.

172. При проведении генеральной уборки дезинфицирующий раствор наносят на стены путем орошения или их протирания на высоту не менее 2 м (в операционных блоках – на всю высоту стен), окна, подоконники, двери, мебель и оборудование. По окончании времени обеззараживания (персонал должен провести смену спецодежды) все поверхности отмывают чистыми тканевыми салфетками, смоченными водопроводной (питьевой) водой, а затем проводят обеззараживание воздуха в помещении.

173. Использованный уборочный инвентарь обеззараживают в растворе ДС, затем прополаскивают в воде и сушат. Уборочный инвентарь для пола и стен должен быть отдельным, иметь четкую маркировку, применяться отдельно для кабинетов, коридоров, санузлов.

При невозможности использования одноразовых тканевых салфеток, многоразовые салфетки подлежат стирке.

174. Хранение уборочного инвентаря необходимо осуществлять в специально выделенном помещении или шкафу вне помещений рабочих кабинетов.

175. Для обеззараживания воздуха в помещениях с асептическим режимом следует применять разрешенные для этой цели оборудование и (или) химические средства.

176. Технология обработки и режимы обеззараживания воздуха изложены в соответствующих нормативно-методических документах и инструкциях по применению конкретного дезинфекционного оборудования и ДС.

С целью снижения обсемененности воздуха до безопасного уровня применяются следующие технологии:

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

б) воздействие аэрозолями ДС в отсутствие людей с помощью специальной распыливающей аппаратуры (генераторы аэрозолей) при проведении дезинфекции по типу заключительной и при проведении генеральных уборок;

в) применение бактериальных фильтров, в том числе электрофильтров.

177. Для проведения уборки (кроме помещений класса А допускается привлекать профессиональные уборочные (клининговые) компании, работающие в круглосуточном режиме, для которых необходимо предусматривать отдельные помещения. Персонал клининговых компаний при проведении уборки в ООМД должен соблюдать настоящие санитарные правила. Требования к условиям труда персонала клининговых компаний, работающего в ООМД, определены в пунктах 244, 245 настоящих санитарных правил.

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

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

179. Сбор грязного белья осуществляется в закрытой таре (клеенчатые или полиэтиленовые мешки, специально оборудованные и маркированные бельевые тележки или другие аналогичные приспособления) и передаваться в центральную кладовую для грязного белья. Временное хранение грязного белья в отделениях (не более 12 часов) допускается в помещениях для грязного белья с водостойкой отделкой поверхностей, оборудованных умывальником, устройством для обеззараживания воздуха. Помещение и инвентарь ежедневно моются и дезинфицируются.

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

181. Процессы, связанные с транспортировкой, погрузкой, разгрузкой белья, должны быть механизированы.

182. Стирка белья должна осуществляться в специальных прачечных или прачечной в составе ООМД. Режим стирки белья должен соответствовать действующим санитарным правилам.

183. Транспортировка чистого белья из прачечной и грязного белья в прачечную должна осуществляться в упакованном виде (в контейнерах) специально выделенным транспортом.

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

184. После выписки (смерти) больного, а также по мере загрязнения, матрацы, подушки, одеяла должны подвергаться дезинфекционной камерной обработке. В случае использования для покрытия матрацев чехлов, из материала, допускающего влажную дезинфекцию, камерная обработка не требуется. Дезинфекционной обработке подлежат кровать и тумбочка пациента. В медицинской организации должен быть обменный фонд постельных принадлежностей, для хранения которого предусматривается специальное помещение.

185. Во вновь строящихся и реконструируемых ООМД рекомендуется устройство пунктов обработки кроватей с последующей комплектацией постельными принадлежностями.

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

В случае необходимости проведения ремонта в действующем здании допускается проведение ремонтных работ при обеспечении надежной изоляции функционирующих помещений (в том числе технических) от ремонтируемых. При ремонте пищеблоков питание пациентов и персонала обеспечивается другими организациями общественного питания, имеющими разрешение на приготовление лечебного питания.

187. В зданиях и на территории ООМД не должно быть синантропных членистоногих, крыс и мышевидных грызунов. Проведение дезинсекции и дератизации должно осуществляться в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 12 апреля 2007 года № 221 «О введении в действие СанПиН МЗ и СЗ ПМР 3.5.1378-07 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и осуществлению дезинфекционной деятельности» (регистрационный № 3914 от 7 мая 2007 года) (САЗ 07-20) (далее - СанПиН МЗ и СЗ ПМР 3.5.1378-07 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и осуществлению дезинфекционной деятельности»).

188. Сбор, временное хранение и удаление отходов различных классов опасности в ООМД осуществляются в соответствии с СанПиН МЗ и СЗ ПМР 2.1.7.728-06 «Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических организаций».

189. Урны, установленные для сбора мусора у входов в здания и на территории (через каждые 50 м) должны очищаться от мусора ежедневно и содержаться в чистоте.

190. ООМД должна быть обеспечена необходимым количеством технологического оборудования для обращения с отходами разных классов опасности (стойки-тележки, пакеты, мешки, контейнеры, в том числе не прокальваемые, и другие).

## Глава 12. Правила обработки рук медицинского персонала и кожных покровов пациентов ООМД

191. В целях профилактики ВБИ обеззараживанию подлежат руки медицинских работников (гигиеническая обработка рук, обработка рук хирургов) и кожные покровы пациентов (обработка операционного и инъекционного полей, локтевых сгибов доноров, санитарная обработка кожных покровов).

В зависимости от выполняемой медицинской манипуляции и требуемого уровня снижения микробной контаминации кожи рук медицинский персонал осуществляет гигиеническую обработку рук или обработку рук хирургов. Руководство ООМД организует обучение и контроль выполнения требований гигиены рук медицинским персоналом.

192. Для достижения эффективного мытья и обеззараживания рук необходимо соблюдать следующие условия: коротко подстриженные ногти, отсутствие лака на ногтях, отсутствие искусственных ногтей, отсутствие на руках колец, перстней и других ювелирных украшений. Перед обработкой рук хирургов необходимо снять также часы, браслеты и прочие. Для высушивания рук применяют чистые тканевые полотенца или бумажные салфетки однократного использования, при обработке рук хирургов – только стерильные тканевые.

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

194. Гигиеническая обработка рук:

а) гигиеническую обработку рук необходимо проводить в следующих случаях:

1) перед непосредственным контактом с пациентом;

2) после контакта с неповрежденной кожей пациента (например, при измерении пульса или артериального давления);

3) после контакта с секретами или экскретами организма, слизистыми оболочками, повязками;

4) перед выполнением различных манипуляций по уходу за пациентом;

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

б) после лечения пациентов с гнойными воспалительными процессами, после каждого контакта с загрязненными поверхностями и оборудованием;

б) гигиеническая обработка рук проводится 2 (двумя) способами:

1) гигиеническое мытье рук мылом и водой для удаления загрязнений и снижения количества микроорганизмов;

2) обработка рук кожным антисептиком для снижения количества микроорганизмов до безопасного уровня;

в) для мытья рук применяют жидкое мыло с помощью дозатора (диспенсера). Вытирают руки индивидуальным полотенцем (салфеткой), предпочтительно одноразовым;

г) гигиеническую обработку рук спиртсодержащим или другим разрешенным к применению антисептиком (без их предварительного мытья) проводят путем втирания его в кожу кистей рук в количестве, рекомендуемом инструкцией по применению, обращая особое внимание на обработку кончиков пальцев, кожи вокруг ногтей, между пальцами.

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

д) при использовании дозатора новую порцию антисептика (или мыла) наливают в дозатор после его дезинфекции, промывания водой и высушивания. Предпочтение следует отдавать локтевым дозаторам и дозаторам на фотоэлементах.

195. Использование перчаток:

а) перчатки необходимо надевать во всех случаях, когда возможен контакт с кровью или другими биологическими субстратами, потенциально или явно контаминированными микроорганизмами, слизистыми оболочками, поврежденной кожей;

б) не допускается использование одной и той же пары перчаток при контакте (для ухода) с 2 (двумя) и более пациентами, при переходе от одного пациента к другому или от контаминированного микроорганизмами участка тела - к чистому. После снятия перчаток проводят гигиеническую обработку рук;

в) при загрязнении перчаток выделениями, кровью и тому подобным избежание загрязнения рук в процессе их снятия следует тампоном (салфеткой), смоченной раствором ДС (или антисептика), убрать видимые загрязнения.

Снять перчатки, погрузить их в раствор средства, затем утилизировать. Руки обработать антисептиком.

196. Обработка рук хирургов:

а) обработку рук хирургов проводят все, участвующие в проведении оперативных вмешательств, родов, катетеризации магистральных сосудов. Обработка проводится в 2 (два) этапа: 1 (первый) этап - мытье рук мылом и водой в течение 2 (двух) минут, а затем высушивание стерильным полотенцем (салфеткой); 2 (второй) этап - обработка антисептиком кистей рук, запястий и предплечий;

б) количество антисептика, необходимое для обработки, кратность обработки и её продолжительность определяются рекомендациями, изложенными в методических указаниях (инструкциях) по применению конкретного средства. Непременным условием эффективного обеззараживания рук является поддержание их во влажном состоянии в течение рекомендуемого времени обработки;

в) стерильные перчатки надевают сразу после полного высыхания антисептика на коже рук.

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

198. Необходимо осуществлять постоянный контроль выполнения требований гигиены рук медицинскими работниками и доводить эту информацию до сведения персонала с целью повышения качества медицинской помощи.

199. Кожные антисептики для обработки рук должны быть легко доступны на всех этапах лечебно-диагностического процесса. В подразделениях с высокой интенсивностью ухода за пациентами и нагрузкой на персонал (отделения реанимации и интенсивной терапии и тому подобные) дозаторы с кожными антисептиками для обработки рук должны размещаться в удобных для применения персоналом местах (у входа в палату, у постели больного). Следует также предусматривать возможность обеспечения медицинских работников индивидуальными емкостями (флаконами) небольших объемов (100 - 200 мл) с кожным антисептиком.

200. Обеззараживание кожных покровов пациентов:

а) обеззараживание рук медицинских работников имеет большое значение в предотвращении передачи инфекции пациентам и персоналу. Основными методами обеззараживания рук являются: гигиеническая обработка рук медицинского персонала и обработка рук хирургов;

б) для достижения эффективного обеззараживания рук необходимо соблюдать следующие условия: коротко подстриженные ногти, отсутствие искусственных ногтей, отсутствие на руках колец, перстней и других ювелирных украшений. Перед обработкой рук хирургов снять также часы, браслеты. Для высушивания рук использовать полотенца или салфетки однократного применения, при обработке рук хирургов – только стерильные;

в) обработку операционного поля пациента перед хирургическим вмешательством и другими манипуляциями, связанными с нарушением целостности кожных покровов (пункции, биопсии), предпочтительно проводить антисептиком, содержащим краситель;

г) обработка инъекционного поля предусматривает обеззараживание кожи с помощью спиртосодержащего антисептика в месте инъекций (подкожных, внутримышечных, внутривенных) и взятия крови;

д) для обработки локтевых сгибов доноров используют те же антисептики, что и для обработки операционного поля;

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

### Глава 13. Требования к правилам личной гигиены пациентов ООМД

201. При поступлении в стационар пациенты, при необходимости, проходят санитарную обработку в приемном отделении, включающую: принятие душа или ванны, стрижку ногтей и другие процедуры, в зависимости от результатов осмотра. После санитарной обработки больному выдается комплект чистого нательного белья, пижама (халат), тапочки. Личная одежда и обувь оставляется в специальной упаковке с вешалками (полиэтиленовые мешки, чехлы из плотной ткани) в помещении для хранения вещей пациентов или передается его родственникам (знакомым). Допускается нахождение больных в стационарах в домашней одежде. Личная одежда больных инфекционными заболеваниями должна подвергаться камерной дезинфекции в случаях, предусмотренных действующими санитарными правилами.

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

203. Гигиеническая обработка больных (при отсутствии медицинских противопоказаний) должна осуществляться не реже 1 (одного) раза в 7 (семь) дней с отметкой в истории болезни. Гигиенический уход за тяжелобольными (умывание, протирание кожи лица, частей тела, полоскание полости рта и так далее) проводится утром, а также после приема пищи и при загрязнении тела. Периодически должны быть организованы стрижка и бритье больных.

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

205. Перед возвращением пациента в палату после операции производится обязательная смена белья. Смена белья пациентам после операций должна проводиться систематически до прекращения выделений из ран.

206. 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.

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

### Глава 14. Требования к организации питания пациентов ООМД

208. Пищеблок ООМД следует размещать в отдельно стоящем здании, которое может соединяться транспортными тоннелями с палатными отделениями, кроме инфекционных.

Допускается размещение пищеблока в лечебных корпусах при условии соблюдения технологической поточности, включая лифтовое оборудование и оснащение автономной приточно-вытяжной вентиляцией.

209. Устройство и содержание помещений пищеблока, оборудование, инвентарь, посуда, условия транспортировки и хранения пищевых продуктов должны соответствовать требованиям СанПиН МЗ и СЗ ПМР 2.3.1079-06 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья», утвержденных Приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 15 августа 2006 года № 367 «О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил» (регистрационный № 3708 от 9 октября 2006 года) (САЗ 06-42) (далее - СанПиН МЗ и СЗ ПМР 2.3.1079-06 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья»).

210. Пищеблоки ООМД должны иметь необходимый набор производственных цехов, обеспечивающих соблюдение гигиенических требований при технологических процессах приготовления блюд.

211. Поточность технологического процесса приготовления блюд должна исключать возможность контакта сырых и готовых к употреблению продуктов.

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

213. Продукты необходимо хранить по видам продукции: сухие (мука, сахар, крупа, макаронные изделия и другие); хлеб; мясные, рыбные; молочно-жировые; гастрономические; овощи и фрукты. Условия и сроки хранения продуктов должны соответствовать требованиям СанПиН МЗ и СЗ ПМР 2.3.2.1324-06 «Гигиенические требования к срокам годности и условиям хранения пищевых продуктов», утвержденных Приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 15 августа 2006 года № 367 «О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил» (регистрационный № 3708 от 9 октября 2006 года) (САЗ 06-42).

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

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

а) не допускается принимать:

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

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

3) крупу, муку, сухофрукты, продукты, зараженные амбарными вредителями, а также загрязненные механическими примесями;

4) овощи, фрукты, ягоды с наличием плесени и признаками гнили;

5) мясо и субпродукты сельскохозяйственных животных без клейма и ветеринарного свидетельства;

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

7) непотрошеную птицу;

8) кровяные и ливерные колбасы;

9) яйца с загрязненной скорлупой, с насечкой «тек», «бой», а также яйца из хозяйств, неблагополучных по сальмонеллезам;

10) консервы с нарушением герметичности банок, бомбажные консервы, «хлопуши», банки с ржавчиной, деформированные, без этикеток;

б) не используются:

1) фляжное, бочковое, непастеризованное молоко, фляжный творог и сметана без тепловой обработки (кипячения); прокисшее молоко «самоквас»;

2) консервированные продукты домашнего приготовления;

в) не изготавливаются на пищеблоке ООМД:

1) сырковая масса, творог;

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

3) яичница-глазунья;

4) кремы, кондитерские изделия с кремом;

5) изделия во фритюре, паштеты.

216. При составлении меню-раскладок должны учитываться основные принципы лечебного питания и нормы питания на 1 (одного) больного.

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

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

218. Обработка яиц, используемых для приготовления блюд, осуществляется в соответствии с требованиями СанПиН МЗ и СЗ ПМР 2.3.1079-06 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья». Хранение необработанных яиц в кассетах, коробках в производственных цехах не допускается.

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

220. Для приготовления и хранения готовой пищи следует использовать посуду из нержавеющей стали. Алюминиевую посуду можно использовать только для приготовления и кратковременного хранения блюд. Не допускается использовать для приготовления и хранения блюд эмалированную посуду.

221. Выдача готовой пищи осуществляется только после снятия пробы. Оценку органолептических показателей (пробу снимают непосредственно из емкостей, в которых пища готовится) и качества блюд проводит бракеражная комиссия, назначенная руководителем в соответствии с приказом ООМД в составе не менее 3 (трех) человек: медицинского работника, работника пищеблока и представителя руководства ООМД. При нарушении технологии приготовления пищи, а также в случае неготовности блюда к выдаче не допускается до устранения выявленных кулинарных недостатков. Результат бракеража регистрируется в журнале бракеража готовой продукции.

Для членов бракеражной комиссии выделяются отдельные халаты.

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

223. Отбор суточной пробы проводит медицинский работник (или под его руководством повар) в специально выделенные обеззараженные и промаркированные стеклянные емкости с плотно закрывающимися крышками - отдельно каждое блюдо или кулинарное изделие. Холодные закуски, первые блюда, гарниры и напитки (третьи блюда) отбирают в количестве не менее 100 г. Порционные вторые блюда, биточки, котлеты, сырники, оладьи, колбаса, бутерброды оставляют поштучно, целиком (в объеме 1 порции). Контроль за правильностью отбора и условиями хранения суточных проб осуществляет медицинский работник.

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

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

224. Для транспортирования готовой пищи в буфетные отделения ООМД используют термосы или плотно закрывающуюся посуду. Хлеб можно транспортировать в полиэтиленовых или клеенчатых мешках, хранение хлеба в которых не разрешается.

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

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

227. Для транспортировки пищевых продуктов с баз, магазинов, а также при доставке готовых блюд в отделения должен использоваться автотранспорт, имеющий санитарно-эпидемиологическое заключение.

228. В существующих ООМД в моечных помещениях (в том числе в буфетных отделениях) должны быть предусмотрены резервные электроводонагревательные установки с подводкой воды к моечным ваннам.

229. Для обработки посуды необходимо использовать моющие, чистящие средства и ДС, разрешенные к применению на территории Приднестровской Молдавской Республики, согласно инструкциям по их применению. В моечных отделениях вывешивают инструкцию о правилах мытья посуды и инвентаря с указанием концентраций и объемов применяемых моющих средств и ДС.

230. В буфетных отделениях должно быть предусмотрено 2 (два) помещения: для раздачи пищи (не менее 9 м<sup>2</sup>) и для мытья посуды (не менее 6 м<sup>2</sup>). В помещении буфетной предусматривается раковина для мытья рук. Обработка посуды может проводиться механизированным или ручным способом. Для ручной обработки посуды предусматривается установка 5 (пять) моечных ванн с подводкой к ним холодной и горячей воды со смесителем. Моечные ванны для мытья столовой посуды должны иметь маркировку объемной вместимости и обеспечиваться пробками из полимерных и резиновых материалов. Моечные ванны присоединяются к канализационной сети с воздушным разрывом не менее 20 мм от верха приемной воронки. Все приемники стоков внутренней канализации имеют гидравлические затворы (сифоны).

В случае отсутствия условий для мытья транспортной посуды на пищеблоке устанавливается дополнительная ванна соответствующих размеров в моечной буфетной. В буфетных вывешивают инструкцию о правилах мытья посуды и инвентаря с указанием концентрации и объемов применяемых моющих средств, согласно инструкции по применению этих средств, и температурных режимах воды в моечных ваннах. При механизированной мойке используется моечная машина в соответствии с инструкцией по эксплуатации.

231. Обработка столовой, чайной посуды и столовых приборов проводится отдельно в следующей последовательности:

а) при обработке столовой посуды проводится механическое удаление пищи и мытье в первой мойке с обезжиривающими средствами в растворе с температурой воды 50°C, во второй мойке – с ДС, в третьей мойке - ополаскивание горячей проточной водой с температурой не ниже 65°C с использованием металлической сетки с ручками и гибкого шланга с душевой насадкой, просушивание посуды на специальных полках или решетках;

б) при обработке чайной посуды и столовых приборов проводится механическое удаление пищи и погружение посуды в раствор с обезжиривающими средствами и ДС, во второй мойке - ополаскивание горячей проточной водой с температурой не ниже 65°C и просушивание посуды.

Кухонную посуду буфетных отделений моют горячей водой с температурой не ниже 50°C, ополаскивают проточной горячей водой с температурой не ниже 65°C, просушивают посуду на специальных полках или решетках.

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

233. Щетки для мытья посуды и ветошь для протирки столов после окончания работы промывают с обезжиривающими средствами, дезинфицируют (при химической дезинфекции промывают проточной водой), просушивают и хранят в специально выделенном месте.

234. После каждой раздачи пищи производят влажную уборку помещений буфетных. Уборочный материал промывается, обеззараживается, просушивается.

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

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

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

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

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

При применении технологии системы «таблет-питания» в палатных отделениях могут не предусматриваться столовые, буфетная состоит из 1 (одного) помещения, которое оборудуется раковиной для мытья рук, моечной ванной для дезинфекции посуды, бытовым холодильником, СВЧ-печью, электрическими чайниками.

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

Помещения моечных оборудуются моечными ваннами и посудомоечными машинами.

240. В случае, если предполагается оказание медицинской помощи детям в возрасте до 1 (одного) года, в составе отделения для детей предусматриваются помещения для приготовления и розлива детских смесей.

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

242. Требования настоящей главы распространяются на сторонние организации, привлекаемые для обеспечения питания пациентов и персонала ООМД.

## Глава 15. Требования к условиям труда медицинского персонала ООМД

243. Персонал ООМД должен проходить предварительные, при поступлении на работу, и периодические медицинские осмотры, с оформлением акта заключительной комиссии в соответствии с требованиями исполнительного органа власти в ведении, которого

находятся вопросы здравоохранения. Периодические медицинские осмотры проводятся в организациях, имеющих лицензию на данные виды деятельности. Профилактическая иммунизация персонала проводится в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 25 июня 2008 года № 350 «Об утверждении Календаря иммунизации населения Приднестровской Молдавской Республики и перечня профилактических прививок по эпидемическим показаниям» (регистрационный № 4511 от 30 июля 2008 года) (САЗ 08-30) с изменениями и дополнениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 26 мая 2009 года № 272 (регистрационный № 4874 от 18 июня 2009 года) (САЗ 09-25), от 1 декабря 2010 года № 604 (регистрационный № 5471 от 10 декабря 2010 года) (САЗ 10-49), от 17 января 2011 года № 11 (регистрационный № 5545 от 2 марта 2011 года) (САЗ 11-9), от 20 декабря 2011 года № 671 (регистрационный № 5887 от 18 января 2012 года) (САЗ 12-4), приказами Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 17 мая 2017 года № 276 (регистрационный № 7855 от 6 июня 2017 года) (САЗ 17-24), от 12 августа 2020 года № 694 (регистрационный № 9672 от 27 августа 2020 года) (САЗ 20-35) (далее - Приказ от 25 июня 2008 года № 350 «Об утверждении Календаря иммунизации населения Приднестровской Молдавской Республики и перечня профилактических прививок по эпидемическим показаниям»).

244. На рабочих местах медицинского и другого персонала должно быть обеспечено соблюдение соответствующих гигиенических нормативов (параметры микроклимата, уровни освещенности, ионизирующих и неионизирующих излучений, чистоты воздуха рабочей зоны, а также шума, ультразвука, вибрации, электромагнитных полей, ультрафиолетового, лазерного излучения). Гигиенические нормативы изложены в приложениях №№ 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14 к настоящим санитарным правилам.

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

246. При использовании компьютерной техники должны соблюдаться требования СанПиН МЗ и СЗ ПМР № 04-06 «Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы».

247. Условия труда медицинских работников, выполняющих работы на лазерных установках должны соответствовать требованиям СанПиН № 5804-03 «Санитарные нормы и правила устройства и эксплуатации лазеров», утвержденных Приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 10 февраля 2003 года № 129 «О введении в действие некоторых санитарно-эпидемиологических документов на территории Приднестровской Молдавской Республики» (регистрационный № 2067 от 24 марта 2003 года) (САЗ 03-13).

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

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

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

251. В целях профилактики гемоконтактных инфекций перчатки необходимо надевать перед любыми парентеральными манипуляциями у пациента. После снятия перчаток проводят гигиеническую обработку рук.

252. Персонал обеспечивается средствами индивидуальной защиты в необходимом количестве и соответствующих размеров (перчатками, масками, щитками, респираторами, фартуками и прочими) в зависимости от профиля отделения и характера проводимой работы.

253. Для персонала стационаров предусматривается устройство гардеробных с душем и туалетом:

а) количество шкафов в гардеробных следует принимать равным 100% списочного состава медицинского и технического персонала; гардеробные должны быть обеспечены двухсекционными закрывающимися шкафами, обеспечивающими раздельное хранение домашней и рабочей одежды;

б) площадь гардеробных уличной одежды следует принимать из расчета не менее 0,08 м<sup>2</sup> на 1 вешалку (крючок) гардеробной;

в) площадь гардеробных для личной и рабочей одежды персонала следует принимать из расчета не менее 0,5 м<sup>2</sup> на 1 шкаф;

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

254. В составе подразделения следует предусматривать санузлы для персонала. 1 (один) санузел для мужчин и женщин допускается предусматривать при численности работающих в смену не более 15 человек.

255. В ООМД по заданию на проектирование, в зависимости от мощности предусматриваются столовые, буфетные или комнаты приема пищи для персонала.

256. В каждом структурном подразделении выделяются комнаты для персонала, в которых должны быть предусмотрены условия для приема пищи.

257. Медицинский персонал должен быть обеспечен комплектами сменной одежды: халатами, шапочками, сменной обувью в соответствии с табелем оснащения, но не менее 3 комплектов спецодежды на 1 (одного) работающего.

В операционном блоке врачи и другие лица, участвующие в операции, должны работать в стерильных халатах, перчатках и масках. Сменная обувь должна быть из нетканого материала.

258. Стирка одежды персонала должна осуществляться централизованно и отдельно от белья больных.

259. Смена одежды в подразделениях хирургического и акушерского профиля осуществляется ежедневно и по мере загрязнения. В ООМД терапевтического профиля - 2 (два) раза в неделю и по мере загрязнения. Сменная обувь персонала, работающего в помещениях с асептическим режимом, должна быть из нетканого материала, доступного для дезинфекции. Сменная одежда и обувь должны быть предусмотрены также и для медицинского персонала других подразделений, оказывающего консультативную и другую помощь, а также для инженерно-технических работников.

260. В ходе проведения манипуляций пациенту персонал не должен вести записи, прикасаться к телефонной трубке и тому подобное.

На рабочем месте запрещено принимать пищу.

Нахождение в медицинской одежде и обуви за пределами ООМД не допускается.

261. Профилактические мероприятия при загрязнении кожи и слизистых работника кровью или другими биологическими жидкостями, а также при уколах и порезах:

а) при загрязнении кожи рук выделениями, кровью и тому подобным необходимо вымыть руки мылом и водой; тщательно высушить руки одноразовым полотенцем; дважды обработать антисептиком;

б) руки в перчатках обработать салфеткой, смоченной дезинфектантом, затем вымыть проточной водой, снять перчатки, руки вымыть и обработать кожным антисептиком;

в) при попадании биологической жидкости пациента на слизистые ротоглотки немедленно рот и горло прополоскать 70% спиртом или 0,05% раствором марганцовокислого калия;

г) при попадании биологических жидкостей в глаза промыть их раствором марганцовокислого калия в воде в соотношении 1:10000;

д) при уколах и порезах вымыть руки, не снимая перчаток, проточной водой с мылом, снять перчатки, выдавить из ранки кровь, вымыть руки с мылом и обработать ранку 5%

спиртовой настойкой йода. При наличии на руках микротравм, царапин, ссадин заклеить поврежденные места лейкопластырем;

е) по показаниям проводится экстренная профилактика гепатита В и ВИЧ-инфекции в соответствии с Приложением № 15 к настоящим санитарным правилам;

ж) при получении травм, в том числе микротравм (уколы, порезы), опасных в плане инфицирования, ответственный за профилактику парентеральных инфекций в ООМД организует регистрацию в журнале учета травм и составляет акт в соответствии с действующим законодательством Приднестровской Молдавской Республики.

262. Для ухода за кожей рук использовать смягчающие и защитные кремы, обеспечивающие эластичность и прочность кожи.

## Раздел 2. Организация дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в ООМД

### Глава 16. Общие положения

263. В целях профилактики ВБИ в ООМД осуществляются дезинфекционные и стерилизационные мероприятия, которые включают в себя работы по профилактической и очаговой дезинфекции, дезинсекции, дератизации, обеззараживанию, предстерилизационной очистке и стерилизации ИМН. Порядок работы руководства и специалистов ООМД по проведению дезинфекционных (дезинфекция, дезинсекция, дератизация) и стерилизационных (предстерилизационная очистка, стерилизация) мероприятий установлен в Приложении № 16 к настоящим санитарным правилам.

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

264. Для проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий ООМД должны регулярно обеспечиваться моющими средствами и ДС различного назначения, кожными антисептиками, средствами для стерилизации ИМН, а также стерилизационными упаковочными материалами и средствами контроля (в том числе химическими индикаторами).

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

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

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

в) для обеззараживания уборочного материала, отходов классов Б и В.

266. Емкости с рабочими растворами дезинфекционных средств должны быть снабжены плотно прилегающими крышками, иметь четкие надписи с указанием средства, его концентрации, назначения, даты приготовления, предельного срока годности раствора.

267. Профилактическая дезинфекция осуществляется в формах:

а) плановой;

б) по эпидемиологическим показаниям;

в) по санитарно-гигиеническим показаниям.

Плановая профилактическая дезинфекция проводится систематически в ООМД при отсутствии в них ВБИ, когда источник возбудителя не выявлен и возбудитель не выделен, с целью:

а) уменьшения микробной обсемененности объектов внутрибольничной среды и предупреждения возможности размножения микроорганизмов;

б) предупреждения распространения микроорганизмов через ИМН, руки и кожные покровы медицинского персонала и больных;

в) освобождения помещений ООМД и окружающей территории от членистоногих и грызунов.

При плановой профилактической дезинфекции в ООМД проводится:

а) 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;

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

в) дезинфекция высокого уровня эндоскопов (далее - 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;

г) гигиеническая обработка рук медицинского персонала;

д) обработка рук хирургов и других лиц, участвующих в проведении оперативных вмешательств и приеме родов;

е) обработка операционного и инъекционного полей;

ж) полная или частичная санитарная обработка кожных покровов;

з) обеззараживание медицинских отходов классов Б и В;

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

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

Профилактическая дезинфекция по эпидемиологическим показаниям проводится с целью не допустить распространения возбудителей ВБИ и их переносчиков в отделениях (палатах) из соседних отделений (палат).

Профилактическая дезинфекция по эпидемиологическим показаниям проводится с учетом эпидемиологических особенностей конкретной ВБИ (инкубационный период, устойчивость и длительность выживания возбудителя на объектах, имеющих наибольшее эпидемиологическое значение) и режимов применения средств обеззараживания (дезинфекции, дезинсекции, дератизации).

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

Генеральная уборка осуществляется с целью удаления загрязнений и снижения микробной обсемененности в помещениях организаций.

При генеральной уборке проводится мытье, очистка и обеззараживание поверхностей помещений (в том числе труднодоступных), дверей, мебели, оборудования (в том числе осветительных приборов), аппаратуры с использованием моющих средств ДС и последующим обеззараживанием воздуха.

Генеральная уборка функциональных помещений, палат и кабинетов проводится по графику не реже 1 (одного) раза в месяц; операционных блоков, перевязочных, родильных залов, процедурных, манипуляционных, стерилизационных – 1 (один) раз в неделю.

При генеральной уборке режимы применения ДС определяются с учетом профиля стационара и микробной контаминации объектов.

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

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

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

269. Очаговая дезинфекция осуществляется в формах текущей и заключительной очаговой дезинфекции:

а) текущая очаговая дезинфекция объектов внутрибольничной среды в окружении больного проводится с момента выявления у больного ВБИ и до выписки (или перевода в другое отделение (стационар)).

В ходе текущей очаговой дезинфекции проводится систематическое обеззараживание потенциально контаминированных выделений больного и всех объектов внутрибольничной среды, с которыми больной имел контакт: ИМН, предметов ухода, посуды, белья, поверхностей в помещениях, в том числе мебели и оборудования, обеззараживание медицинских отходов класса Б и В, дезинсекция и дератизация. При текущей дезинфекции проводится гигиеническая обработка рук медицинского персонала, полная или частичная обработка кожных покровов больных и персонала, инъекционного поля;

б) заключительная очаговая дезинфекция проводится после выписки, смерти или перевода больного в другое отделение или стационар с целью обеззараживания объектов внутрибольничной среды, с которыми он контактировал в процессе пребывания в стационаре. В ходе заключительной очаговой дезинфекции:

1) обеззараживаются поверхности помещений, в которых находился больной и места общего пользования; поверхности оборудования и приборов; ИМН; предметы ухода за больным, медицинские отходы;

2) обеззараживаются в дезинфекционных камерах постельные принадлежности, нательное белье и вещи больного, выдаваемые ему перед выпиской;

3) обеззараживается санитарный транспорт, перевозивший больного;

4) проводится полная или частичная санитарная обработка кожных покровов больных перед выпиской;

5) проводятся дезинсекция и дератизация.

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

271. При проведении инвазивных манипуляций во всех отделениях и амбулаторно-поликлинических организациях используются стерильные ИМН, которые после использования подвергаются при профилактической и очаговой дезинфекции обеззараживанию, а изделия многократного применения - также предстерилизационной очистке и стерилизации.

Предстерилизационная очистка и стерилизация проводятся в ЦСО, а при их отсутствии в отделениях ООМД систематически во всех случаях при подготовке изделий к предстоящим медицинским манипуляциям, при которых эти изделия будут соприкасаться с кровью, раневой поверхностью, инъекционными препаратами или при которых имеется риск повреждения слизистых оболочек.

Предстерилизационная очистка осуществляется в качестве самостоятельного процесса после дезинфекции изделий или при совмещении с ней. Её цель – удаление с ИМН любых неорганических и органических загрязнений (включая белковые, жировые, механические и другие), в том числе остатков лекарственных препаратов, сопровождающееся снижением общей микробной контаминации для облегчения последующей стерилизации этих изделий.

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

272. Для дезинфекции, предстерилизационной очистки, стерилизации, дезинсекции и дератизации используются химические, физические средства, оборудование, аппаратура и

материалы, разрешенные к применению в ООМД в Приднестровской Молдавской Республике, не оказывающие неблагоприятного воздействия на человека.

При выборе средств необходимо учитывать рекомендации изготовителей ИМН, применяемых в ООМД, касающиеся воздействия конкретных дезинфекционных средств на материалы этих изделий.

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

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

274. В ООМД должен быть не менее чем месячный запас разнообразных ДС различного химического состава и назначения в соответствии с расчетной потребностью. Порядок определения потребности в дезинфицирующих, стерилизующих средствах, средствах для предстерилизационной очистки и кожных антисептиках предусмотрен в Приложении № 17 к настоящим санитарным правилам.

275. Емкости с дезинфицирующими, моющими и стерилизующими средствами должны быть снабжены крышками, иметь четкие надписи с указанием названия дезинфицирующего средства, его концентрации, назначения, даты приготовления рабочих растворов.

276. Хранение ДС допускается только в специально отведенных местах, отвечающих требованиям СанПиН МЗ и СЗ ПМР 3.5.1378-07 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и осуществлению дезинфекционной деятельности», в оригинальной упаковке производителя отдельно от лекарственных препаратов, в местах, недоступных детям.

## Глава 17. Требования к проведению дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации ИМН в ООМД

277. ИМН многократного применения подлежат последовательно: дезинфекции, предстерилизационной очистке, стерилизации, последующему хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию микроорганизмами.

278. ИМН однократного применения после использования при манипуляциях у пациентов подлежат обеззараживанию (обезвреживанию), их повторное использование запрещается.

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

280. ООМД должны быть обеспечены медицинской техникой и ИМН в количестве, достаточном для бесперебойной работы с учетом времени, необходимого для их обработки между манипуляциями у пациентов.

281. ИМН 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.

282. Для дезинфекции ИМН применяют ДС, обладающие широким спектром антимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное – с активностью в отношении грибов рода Кандида) действия. Выбор режимов дезинфекции проводят по наиболее устойчивым микроорганизмам – между вирусами или грибами рода Кандида (в туберкулезных медицинских организациях – по микобактериям туберкулеза); в микологических стационарах (кабинетах) – по режимам, эффективным в отношении грибов рода Трихофитон.

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

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

Съемные детали аппаратов дезинфицируют так же, как ИМН из соответствующих материалов. Рекомендуется использование дыхательных контуров однократного применения в течение не более 72 часов, если иное не предусмотрено производителем.

Обеззараживание наркозно-дыхательных аппаратов проводят с учетом рекомендаций, изложенных в руководстве по эксплуатации аппарата конкретной модели.

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

285. Объем емкости для проведения обработки и объем раствора средства в ней должны быть достаточными для обеспечения полного погружения ИМН в раствор; толщина слоя раствора над изделиями должна быть не менее 1 см.

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

287. После дезинфекции ИМН многократного применения должны быть отмыты от остатков ДС в соответствии с рекомендациями, изложенными в инструкции по применению конкретного ДС.

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

Предстерилизационную очистку ИМН проводят в централизованных стерилизационных, при отсутствии централизованных стерилизационных этот этап обработки осуществляют в отделениях лечебных организаций.

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

290. Контроль качества предстерилизационной очистки проводят ежедневно. Контролю подлежат: в стерилизационной – 1% от каждого наименования изделий, обработанных за смену; при децентрализованной обработке – 1% одновременно обработанных изделий каждого наименования, но не менее 3 (трех) единиц. Результаты контроля регистрируют в журнале.

291. Стерилизации подвергают все ИМН, контактирующие с раневой поверхностью, кровью (в организме пациента или вводимой в него) и (или) инъекционными препаратами, а также отдельные виды медицинских инструментов, которые в процессе эксплуатации соприкасаются со слизистой оболочкой и могут вызвать ее повреждение.

Изделия однократного применения, предназначенные для осуществления таких манипуляций, выпускаются в стерильном виде организациями-изготовителями. Их повторное использование запрещается.

292. Стерилизацию ИМН осуществляют физическими (паровой, воздушный, инфракрасный) или химическими (применение растворов химических средств, газовый, плазменный) методами, используя для этого соответствующие стерилизующие агенты и типы оборудования. Выбор адекватного метода стерилизации зависит от особенностей стерилизуемых ИМН. Стерилизацию осуществляют по режимам, указанным в инструкции

по применению конкретного средства и в руководстве по эксплуатации стерилизатора конкретной модели.

Стерилизацию ИМН проводят в централизованных стерилизационных, при отсутствии централизованных стерилизационных этот этап обработки осуществляют в отделениях ООМД.

293. 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.

294. 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 ИМН после предстерилизационной очистки обязательно высушивают в сушильном шкафу при температуре 85°C до исчезновения видимой влаги. Использование сушильных шкафов для стерилизации воздушным методом запрещается.

295. Химический метод стерилизации с применением растворов химических средств, как правило, применяют для стерилизации ИМН, в конструкции которых использованы термолабильные материалы, не позволяющие использовать другие официально рекомендуемые, доступные методы стерилизации.

Для химической стерилизации применяют растворы альдегидсодержащих, кислородсодержащих и некоторых хлорсодержащих средств, проявляющих спороцидное действие.

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

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

296. Газовым методом стерилизуют ИМН из различных, в том числе термолабильных материалов, используя в качестве стерилизующих средств окись этилена, формальдегид, озон. Перед стерилизацией газовым методом с ИМН после предстерилизационной очистки удаляют видимую влагу. Стерилизацию осуществляют в соответствии с режимами применения средств для стерилизации конкретных групп ИМН, а также согласно инструкциям по эксплуатации стерилизаторов, разрешенных к применению.

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

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

В стоматологических медицинских организациях (кабинетах) боры различного вида и другие мелкие инструменты допускается стерилизовать с использованием автоклавов класса В.

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

300. При паровом, воздушном, газовом и плазменном методах ИМН стерилизуют в упакованном виде, используя бумажные, комбинированные и пластиковые стерилизационные упаковочные материалы, а также пергамент и бязь (в зависимости от метода стерилизации), разрешенные для этой цели в установленном порядке. Упаковочные материалы используют однократно.

При паровом методе, кроме того, используют стерилизационные коробки с фильтрами.

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

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

302. Стерилизация ИМН в неупакованном виде допускается только при децентрализованной системе обработки в следующих случаях:

а) при стерилизации ИМН растворами химических средств;

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

Все ИМН, простерилизованные в неупакованном виде, целесообразно сразу использовать по назначению. Запрещается перенос их из кабинета в кабинет.

303. При необходимости, инструменты, простерилизованные в неупакованном виде одним из термических методов, после окончания стерилизации допускается хранить в разрешенных к применению в установленном порядке бактерицидных (оснащенных ультрафиолетовыми лампами) камерах в течение срока, указанного в руководстве по эксплуатации оборудования, а в случае отсутствия таких камер – на стерильном столе не более 6 (шести) часов.

304. ИМН, простерилизованные в стерилизационных коробках, допускается извлекать для использования из стерилизационных коробок не более чем в течение 6 часов после их вскрытия.

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

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

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

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

309. Не допускается использование простерилизованных ИМН с истекшим сроком хранения после стерилизации.

310. Учет стерилизации ИМН ведут в журнале по учетной статистической форме.

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

Контроль работы стерилизаторов проводят в соответствии с действующими документами: физическим (с использованием контрольно-измерительных приборов), химическим (с использованием химических индикаторов) и бактериологическим (с использованием биологических индикаторов) методами. Параметры режимов стерилизации контролируют физическим и химическим методами.

Эффективность стерилизации оценивают на основании результатов бактериологических исследований при контроле стерильности ИМН.

312. Стерилизаторы подлежат бактериологическому контролю после их установки (ремонта), а также в ходе эксплуатации не реже 2 (двух) раз в год в порядке производственного контроля.

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

314. Контроль качества дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации ИМН проводят ответственные лица в рамках производственного контроля, а также организации Госсанэпидслужбы.

## Глава 18. Обеспечение проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в ООМД

315. В целях защиты пациентов и персонала от ВБИ организуется и проводится производственный контроль соблюдения требований настоящих санитарных правил в ООМД при проведении дезинфекционных и стерилизационных мероприятий, работ и услуг.

316. Производственный контроль включает:

а) наличие в ООМД официально изданных санитарно-эпидемиологических правил и нормативов;

б) назначение лиц, ответственных за организацию и осуществление производственного контроля;

в) организацию лабораторно-инструментальных исследований;

г) контроль наличия в организации документов, подтверждающих безопасность и безвредность продукции, работ и услуг;

д) визуальный контроль уполномоченными должностными лицами за выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, соблюдением санитарно-эпидемиологических правил, разработкой и реализацией мер, направленных на устранение выявленных нарушений.

Производственный контроль проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий осуществляется на основании соответствующего раздела плана производственного контроля ООМД, включающего программу лабораторно-инструментального контроля. План производственного контроля разрабатывает лицо, ответственное за организацию и проведение производственного контроля, а утверждает руководитель ООМД.

Лицо, ответственное за проведение производственного контроля, представляет отчет руководителю ООМД (индивидуальному предпринимателю) об исполнении плана для принятия соответствующих организационных мер.

Юридические лица и индивидуальные предприниматели являются ответственными за своевременность, полноту и достоверность осуществляемого производственного контроля.

317. Материально-техническое обеспечение дезинфекционных и стерилизационных мероприятий определяется санитарными требованиями к помещению и прилегающей к нему территории, профилем ООМД, видами и количеством проводимых медицинских манипуляций.

318. Критериями оценки качества проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в ООМД являются:

а) отрицательные результаты посевов проб со всех объектов внутрибольничной среды (в том числе контроль стерильности);

б) показатели обсемененности воздуха, не превышающие установленные нормативы;

в) отсутствие в помещениях ООМД грызунов, подтвержденное с применением субъективной оценки и объективных методов обнаружения;

г) отсутствие в помещениях ООМД членистоногих, подтвержденное с применением субъективной оценки и объективных методов обнаружения.

## Раздел 3. Профилактика ВБИ в стационарах (отделениях) ООМД хирургического профиля

### Глава 19. Организация мероприятий по профилактике ВБИ в стационарах (отделениях) ООМД хирургического профиля

319. Любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения за

медицинской помощью вне зависимости от появления симптомов заболевания у пациента во время пребывания в стационаре или после его выписки, а также инфекционное заболевание сотрудника ООМД вследствие его инфицирования при работе в ООМД подлежит учету и регистрации как ВБИ.

320. В целях предупреждения возникновения и распространения ВБИ в ООМД должны своевременно и в полном объеме проводиться предусмотренные настоящими санитарными правилами и другими нормативными правовыми актами Приднестровской Молдавской Республики профилактические и санитарно-противоэпидемические мероприятия.

321. Ответственным за организацию и выполнение профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий в ООМД является руководитель ООМД.

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

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

324. В состав комиссии входят: председатель – заместитель руководителя ООМД по эпидемиологической работе (при его отсутствии – один из заместителей руководителя ООМД по лечебной работе), врач-эпидемиолог, главная медицинская сестра, врач-хирург (заведующий одним из хирургических отделений), врач анестезиолог-реаниматолог (заведующий реанимационным отделением), врач-бактериолог (заведующий лабораторией), заведующий аптекой, врач-инфекционист, патологоанатом, другие специалисты. Заседания комиссии проводятся не реже 1 (одного) раза в квартал.

325. Основными задачами комиссии являются: принятие решений по результатам эпидемиологического анализа, разработка программ и планов эпидемиологического надзора в ООМД, координация мероприятий с руководством ООМД; обеспечение взаимодействия всех служб стационара (отделения), а также взаимодействие с организациями Госсанэпидслужбы.

326. Инструктаж по проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий для медицинских работников проводит сотрудник ООМД (заместитель руководителя ООМД по эпидемиологической работе, врач-эпидемиолог, заведующий отделением, старшая медицинская сестра и другие) в зависимости от функциональных обязанностей, утвержденных в данной ООМД.

327. При поступлении на работу в стационары (отделения) хирургического профиля медицинские работники проходят предварительный медицинский осмотр врачей в порядке, установленном Приказом Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 25 апреля 2016 года № 201 «Об организации обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований)» (регистрационный № 7440 от 23 мая 2016 года) (САЗ 16-21) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 27 сентября 2017 года № 510 (регистрационный № 8010 от 24 октября 2017 года) (САЗ 17-44), от 13 апреля 2018 года № 184 (регистрационный № 8230 от 3 мая 2018 года) (САЗ 18-18), от 20 августа 2018 года № 453 (регистрационный № 8422 от 6 сентября 2018 года) (САЗ 18-36), от 20 августа 2020 года № 720 (регистрационный № 9693 от 22 сентября 2020 года) (САЗ 20-39).

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

329. Плановое обследование медицинского персонала хирургических стационаров (отделений) на носительство золотистого стафилококка проводится в порядке, установленном исполнительным органом государственной власти, в ведении которого находятся вопросы здравоохранения. Обследование медицинского персонала на

носительство условно-патогенных микроорганизмов проводят только по эпидемиологическим показаниям.

330. Персонал стационаров (отделений) хирургического профиля подлежит профилактической иммунизации против гепатита В в обязательном порядке при поступлении на работу в случае отсутствия данных о прививке. 1 (один) раз в 5 (пять) лет или 1 (один) раз в 10 (десять) лет (в зависимости от возраста прививаемого) персоналу проводится прививка против дифтерии и столбняка. Иммунизация против кори проводится лицам до 35 лет, не болевших корью и не привитых живой коревой вакциной или привитых однократно. Иммунизация против других инфекционных заболеваний проводится в соответствии с Приказом от 25 июня 2008 года № 350 «Об утверждении Календаря иммунизации населения Приднестровской Молдавской Республики и перечня профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

331. В хирургических стационарах (отделениях) должен быть налажен 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).

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

333. Результаты периодических осмотров, лечения, сведения о профилактических прививках заносятся в контрольную карту диспансерного наблюдения (Ф-030/у), и медицинскую карту амбулаторного больного (Ф-025/у), и доводятся до сведения лица, ответственного за организацию и проведение мероприятий по профилактике ВБИ.

## Глава 20. Эпидемиологический надзор в стационарах (отделениях) ООМД хирургического профиля

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

- а) выявление, учет и регистрацию ВБИ у пациентов на основе клинических, лабораторных, эпидемиологических и патологоанатомических данных;
- б) анализ заболеваемости ВБИ у пациентов;
- в) выявление групп и факторов риска возникновения ВБИ среди пациентов;
- г) характеристику лечебно-диагностического процесса (данные о хирургических и других инвазивных манипуляциях);
- д) данные об антибиотикопрфилактике и терапии;
- е) микробиологический мониторинг за возбудителями ВБИ (данные видовой идентификации возбудителей ВБИ, выделенных от пациентов, персонала, из объектов внешней среды, определение чувствительности (резистентности) выделенных штаммов к антимикробным средствам: антибиотикам, антисептикам, дезинфектантам и другим);
- ж) выявление, учет и регистрацию ВБИ у медицинского персонала;
- з) анализ заболеваемости ВБИ среди медицинского персонала;
- и) оценку эффективности проводимых мер борьбы и профилактики.

335. Врач-эпидемиолог ООМД совместно с заведующими отделениями:

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

336. В ООМД осуществляется учет и регистрация ВБИ. Учету и регистрации подлежат заболевания и осложнения в соответствии с Международной статистической

классификацией болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье, 10-го пересмотра (далее – МКБ-10) (Приложение № 18 к настоящим санитарным правилам).

337. При хирургическом вмешательстве отмечаются следующие виды инфекций:

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

1) гнойное отделяемое из поверхностного разреза;

2) выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученной асептически пункцией области поверхностного разреза или из мазка из раны при наличии микроскопических признаков гнойного воспаления;

3) имеется не менее 2 (двух) из следующих симптомов: боль или болезненность; ограниченная припухлость; краснота; местное повышение температуры.

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

б) глубокая инфекция в области хирургического вмешательства возникает не позднее 30 дней после операции при отсутствии имплантата или не позднее 1 (одного) года при наличии имплантата в месте операции и вовлекает глубокие мягкие ткани (например, фасциальный и мышечный слой) в области разреза; у пациента имеется хотя бы одно из перечисленного:

1) гнойное отделяемое из глубины разреза в месте данного хирургического вмешательства, но не из органа (полости);

2) выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученное асептически пункцией области глубокого разреза или из мазка из глубины раны при наличии микроскопических признаков гнойного воспаления;

3) спонтанное расхождение краев раны или намеренное ее открытие хирургом, когда у пациента имеются следующие признаки и симптомы: лихорадка ( $>37,5^{\circ}\text{C}$ ), локализованная боль или болезненность;

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

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

в) инфекция полости (органа) возникает не позднее 30 дней после операции при отсутствии имплантата или не позднее 1 (одного) года при наличии имплантата в месте операции, вовлекает любую часть организма (например, органа или полости), кроме области разреза, которая была вскрыта или подверглась манипуляциям в процессе операции; у пациента имеется одно из перечисленного:

1) гнойное отделяемое из дренажа, установленного в органе (полости) через специальный разрез;

2) выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученной асептически из органа (полости);

3) лихорадочное состояние;

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

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

338. К внутрибольничным послеоперационным инфекциям относятся заболевания, возникающие в течение 30 дней после оперативного вмешательства, а при наличии имплантата в месте операции – до 1 (одного) года.

339. Специалист, выявивший случай ВБИ, формулирует диагноз в соответствии с МКБ - 10, регистрирует в журнале учета инфекционных заболеваний и доводит информацию до врача-эпидемиолога ООМД или заместителя руководителя по противоэпидемическим вопросам в целях своевременного проведения противоэпидемических или профилактических мероприятий.

340. Информация о каждом пациенте с выявленной ВБИ предусматривает:

- а) дату рождения;
- б) отделение;
- в) дату поступления;
- г) перенесенную(ые) операцию(ии);
- д) дату(ы) операции(ий);
- е) время начала и окончания операции(ий);
- ж) оперировавших хирургов;
- з) номер операционной;
- и) номер палаты;
- к) дату заболевания;
- л) дату регистрации (выявления) ВБИ;
- м) тип чистоты операции (класс раны);
- н) оценку тяжести состояния пациента;
- о) данные микробиологических исследований;
- п) диагноз в соответствии с МКБ-10;
- р) наличие инфекции иной локализации.

341. О каждом случае ВБИ у оперированных больных лечебная организация информирует организацию Госсанэпидслужбы.

342. Поскольку ВБИ развиваются и выявляются не только во время пребывания больного в стационаре, но и после выписки или перевода в другой стационар и характеризуются многообразием клинических проявлений, организация сбора информации осуществляется не только в стационарах, но и в других ООМД. Все эти ООМД должны оперативно сообщать в организацию Госсанэпидслужбы и в стационар, в котором проводилась операция, об установленном диагнозе ВБИ у оперированного пациента.

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

344. С целью корректного расчета показателей заболеваемости необходимо собирать информацию обо всех прооперированных пациентах, вне зависимости от наличия или отсутствия у них ВБИ в послеоперационном периоде. Минимальный набор данных обо всех пациентах, подвергшихся оперативному вмешательству, определен в пункте 341 настоящих санитарных правил.

345. Общие требования к микробиологическому обеспечению эпидемиологического надзора:

а) результаты микробиологических исследований необходимы для осуществления эффективного эпидемиологического надзора.

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

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

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

348. Забор и транспортирование клинического материала на микробиологические исследования осуществляются в соответствии с техникой сбора и транспортирования биоматериалов в микробиологические лаборатории.

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

350. К клиническому образцу должно быть приложено направление, содержащее сведения: характер материала, фамилия, имя, отчество и возраст больного, название отделения, номер истории болезни, диагноз заболевания, дата и время взятия материала,

данные о ранее проводимой антибактериальной терапии, подпись врача, направляющего материал на анализ.

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

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

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

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

354. Лабораторное исследование объектов окружающей среды в ООМД проводят в соответствии с СанПиН МЗ ПМР 1.1.1058-15 «Порядок организации и проведения производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий» по разработанному плану производственного контроля, обращая особое внимание на контроль стерильности инструментов, инъекционных растворов, перевязочного и шовного материала.

355. Плановые микробиологические обследования объектов окружающей среды кроме тех, которые предусмотрены пунктами 353 и 354 настоящих санитарных правил, не проводятся.

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

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

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

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

360. Анализ заболеваемости ВБИ проводится с учетом:

- а) сроков возникновения заболевания после операции;
- б) места проведения операции (номер операционной);
- в) длительности операции;
- г) времени, прошедшего с момента поступления до операции;
- д) продолжительности пребывания в стационаре;
- е) профилактического применения антибиотиков;
- ж) типа чистоты операции (класса раны);
- з) оценки тяжести состояния пациента.

361. Групповыми заболеваниями следует считать появление 5 (пяти) и более случаев внутрибольничных заболеваний, связанных одним источником инфекции и общими факторами передачи. О возникновении групповых заболеваний ООМД, в соответствии с установленным порядком представления внеочередных донесений о чрезвычайных ситуациях санитарно-эпидемиологического характера, сообщает в исполнительный орган

государственной власти, в ведении которого находятся вопросы здравоохранения, и в организацию Госсанэпидслужбы.

362. Ретроспективный анализ заболеваемости ВБИ предусматривает:

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

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

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

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

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

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

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

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

- а) нижних дыхательных путей на 1000 пациенто-дней искусственной вентиляции легких и структуру их (у пациентов, подвергавшихся искусственной вентиляции легких (ИВЛ));
- б) кровотока на 1000 пациенто-дней сосудистых катетеризаций и структуру их (у пациентов, подвергавшихся катетеризации сосудов);
- в) мочевыводящих путей на 1000 пациенто-дней уринарных катетеризаций и структуру их (у пациентов, подвергавшихся катетеризации мочевого пузыря).

369. Примерный порядок проведения расследования групповых внутрибольничных заболеваний среди новорожденных и родильниц предусмотрен в Приложении № 19 к настоящим санитарным правилам.

## Глава 21. Основные принципы профилактики ВБИ в стационарах (отделениях) ООМД хирургического профиля

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

371. Необходимо обеспечить коррекцию клинических показателей у пациентов в предоперационном периоде.

372. Необходимо максимально сокращать сроки пребывания пациента в стационаре (отделении) в период предоперационной подготовки.

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

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

375. Разрешается посещение пациентов родственниками, знакомыми. Порядок посещения отделения устанавливается администрацией ООМД.

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

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

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

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

380. Персонал проводит гигиеническую обработку рук или обработку рук хирургов в соответствии с требованиями, изложенными в разделе 1 настоящих санитарных правил.

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

382. Запрещается надевание колпачков на использованные иглы. После использования шприцы с иглами сбрасываются в непрокальваемые контейнеры. В случае необходимости отделения игл от шприцев необходимо предусмотреть их безопасное отсечение (специальные настольные контейнеры с иглоотсекателями или другими безопасными приспособлениями, прошедшими государственную регистрацию в порядке, установленном действующим законодательством Приднестровской Молдавской Республики).

383. Острые предметы сбрасывают в непрокальваемые контейнеры.

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

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

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

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

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

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

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

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

б) предметы ухода, а также стетоскоп, термометр и другое используются только для данного пациента;

в) перевязка пациентов проводится в палате;

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

д) после выписки пациента проводится заключительная дезинфекция, камерное обеззараживание постельных принадлежностей, ультрафиолетовое обеззараживание воздуха;

е) после заключительной дезинфекции проводится лабораторное обследование объектов окружающей среды (в палате).

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

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

394. Медицинский персонал проводит обработку рук в соответствии с требованиями, изложенными в разделе 1 настоящих санитарных правил.

395. При нарушении целостности перчаток и загрязнении рук кровью, выделениями и другими:

а) снять перчатки;

б) вымыть руки мылом и водой;

в) тщательно высушить руки полотенцем однократного использования;

г) обработать кожным антисептиком дважды.

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

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

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

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

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

401. 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.

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

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

404. Обработку инъекционного поля проводят последовательно, двукратно, стерильной салфеткой, смоченной кожным антисептиком. Время обеззараживания должно соответствовать рекомендациям, изложенным в методических указаниях (инструкции) по применению конкретного средства.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

413. Целесообразно вводить антибиотик одновременно с началом анестезии.

414. В большинстве случаев для эффективной профилактики достаточно 1 (одной) дозы антибиотика. Дополнительные дозы могут быть оправданы при массивной кровопотере (более 1000 мл во время операции) и в случае применения антибиотиков с коротким периодом полувыведения при продолжительных (более 3 (трех) часов) операциях.

## Глава 22. Профилактика ВБИ в операционном блоке и перевязочных ООМД

415. Территория операционного блока разделяется на 3 (три) функциональные зоны: неограниченная, полусвободная, ограниченная:

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

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

в) ограниченная зона состоит из операционных залов, предоперационных, стерилизационной, комнат для наркоза. Предпочтительнее предстерилизационную обработку и стерилизацию проводить в ЦСО.

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

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

418. При подготовке стерильных столов необходимо соблюдать меры асептики:

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

б) 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.

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

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

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

в) проверяют дату стерилизации;

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

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

421. При подготовке большого инструментального стола 2 (две) стерильные простыни, каждая из которых сложена вдвое, раскладывают на левую и правую половины стола местами сгиба – к стене. Простыни располагают «внахлест» таким образом, чтобы по центру стола края одной простыни заходили на другую простыню не менее чем на 10 см, а края простыней со всех сторон стола свисали примерно на 15 см. Поверх этих простыней выстилают третью простыню в развернутом виде так, чтобы её края свисали не менее чем на 25 см. Стол с разложенными на нем инструментами сверху накрывают стерильной простыней, сложенной вдвое по длине простынного полотна, или 2 (две) простынями в развернутом виде.

422. Большой инструментальный стол накрывают 1 (один) раз в день непосредственно перед первой операцией. Во время работы инструменты и материалы с большого инструментального стола разрешается брать только в стерильных перчатках с помощью стерильного корнцанга (пинцета). После проведенной операции на большой инструментальный стол дополнительно, пополняя из стерильной укладки, выкладывают инструменты и материалы, необходимые для следующей операции.

423. 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.

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

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

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

427. Члены операционной бригады перед входом в ограниченную зону надевают маски (предпочтительно однократного применения), закрывающие нос, рот и область подбородка, и проходят в предоперационную, где проводят обработку рук хирургов по технологии, указанной в разделе 1 настоящих санитарных правил. После этого члены операционной бригады надевают стерильные халат и перчатки с помощью медицинской сестры. Перчатки надевают после надевания стерильного халата.

428. Хирургические халаты, используемые в операционном блоке, должны быть воздухопроницаемы и устойчивы к проникновению влаги.

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

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

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

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

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

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

435. В структуре хирургического отделения с коечным фондом на 30 и более пациентов необходимо иметь 2 (две) перевязочные – для проведения «чистых» и «грязных» перевязок. В хирургическом отделении, имеющем до 30 коек, допускается наличие 1 (одной) перевязочной. Очередность перевязок планируется с учетом чистоты раны.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

445. В конце рабочего дня проводят уборку перевязочной с последующим обеззараживанием воздуха. 1 раз в неделю проводят генеральную уборку в перевязочной, о чем делают запись в журнале регистрации уборок.

446. 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).

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

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

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

450. 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

460. Резиновые пробки многодозовых флаконов обтирают 70%-ным раствором спирта перед введением иглы во флакон.

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

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

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

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

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

466. Следует использовать только стерильные катетеры.

467. Перед постановкой катетера тщательно обрабатывают антисептиком периуретральную область.

468. Катетеризацию проводят только в стерильных перчатках.

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

470. Для сбора мочи следует применять закрытые дренажные системы.

471. При отсутствии закрытых дренажных систем применяется прерывистая катетеризация.

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

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

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

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

476. Удаление катетеров должно проводиться в максимально короткие сроки.

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

478. Необходимо обеспечивать постоянное удаление секрета из надманжеточного пространства.

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

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

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

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

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

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

485. Не допускается без особых показаний (явное загрязнение, нарушение функционирования и тому подобные) производить замену дыхательного контура, исходя только из продолжительности его применения, при использовании контура у того же самого пациента.

486. Необходимо своевременно удалять любой конденсат в контуре.

#### Глава 24. Дезинфекционные и стерилизационные мероприятия в стационарах (отделениях) ООМД хирургического профиля

487. В целях профилактики и борьбы с ВБИ систематически осуществляется профилактическая дезинфекция (текущие и генеральные уборки), а при появлении случая ВБИ – текущая (дезинфекция всех предметов, имеющих контакт с заболевшим пациентом) и (или) заключительная (обеззараживание всех предметов в палате после перевода пациента в другое отделение, выздоровления и другие) дезинфекция. Дезинфекционные и стерилизационные мероприятия проводятся в соответствии с требованиями разделов 2, 3 настоящих санитарных правил.

488. В целях предупреждения возможного формирования резистентных к дезинфектантам штаммов микроорганизмов следует проводить мониторинг устойчивости госпитальных штаммов к применяемым ДС с последующей их ротацией при необходимости.

489. Дезинфекции подлежат объекты, которые могут быть факторами передачи ВБИ: ИМН, руки персонала, кожные покровы (операционное и инъекционное поле) пациентов,

предметы ухода за больными, воздух в помещениях, постельные принадлежности, тумбочки, посуда, поверхности, выделения больных и биологические жидкости (мокрота, кровь и другие), медицинские отходы и другие.

490. Подготовка к применению и обработка использованных ИМН проводятся в соответствии с требованиями разделов 1, 2 настоящих санитарных правил.

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

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

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

493. Профилактическая (текущие и генеральные уборки) дезинфекция в помещениях различных структурных подразделений хирургического стационара осуществляется в соответствии с главой 16 настоящих санитарных правил. Виды уборок и кратность их проведения определяются назначением подразделения.

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

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

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

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

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

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

500. При проведении заключительной дезинфекции следует применять средства с широким спектром антимикробного действия. Обработку поверхностей осуществляют

способом орошения с помощью гидропульта и других распыливающих устройств (установок). Норма расхода ДС составляет в среднем от 100 до 300 мл на 1 м<sup>2</sup>.

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

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

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

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

г) применение антимикробных фильтров.

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

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

503. Посуду столовую и чайную в хирургическом стационаре обрабатывают в соответствии с разделом 1 настоящих санитарных правил. Механическая мойка посуды в специальных моечных машинах проводится в соответствии с прилагающимися инструкциями по их эксплуатации. Мытье посуды ручным способом осуществляют в трехсекционных ваннах для столовой посуды и двухсекционных – для стеклянной посуды и столовых приборов. Посуду освобождают от остатков пищи, моют с применением моющих средств, погружают в дезинфицирующий раствор и после экспозиции промывают водой и высушивают.

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

504. Обеззараживание загрязненных выделениями и биологическими жидкостями изделий из текстильных материалов (нательного, постельного белья, полотенец, спецодежды медицинского персонала и других) осуществляют в прачечных путем замачивания в растворах ДС перед стиркой или в процессе стирки с использованием разрешенных для этих целей ДС в стиральных машинах проходного типа (90°С) согласно технологии обработки белья в медицинских организациях.

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

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

506. Обеззараживание медицинских отходов классов Б и В (комплекты одноразового использования, перевязочный материал, ватно-марлевые повязки, тампоны, белье, маски,

спецодежда, салфетки, ИМН однократного применения и другие) осуществляют в соответствии с СанПиН МЗ и СЗ ПМР 2.1.7.728-06 «Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических организаций».

#### Раздел 4. Профилактика ВБИ в акушерских стационарах (отделениях) ООМД

##### Глава 25. Организация мероприятий по профилактике ВБИ в акушерских стационарах ООМД

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

508. Ответственным за организацию и контроль за выполнением комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике и борьбе с ВБИ в родовспомогательной ООМД является руководитель ООМД, акушерского стационара (отделения).

509. Организацию мероприятий по профилактике ВБИ осуществляет заместитель руководителя ООМД по эпидемиологической работе (врач-эпидемиолог). В случае отсутствия врача-эпидемиолога эта работа возлагается на заместителя руководителя ООМД по лечебной работе.

510. С целью контроля ВБИ в акушерском стационаре (отделении) приказом ООМД создается комиссия по профилактике ВБИ во главе с руководителем ООМД или его заместителем по лечебной работе, полномочия которой распространяются на все подразделения и службы стационара. В своей деятельности комиссия руководствуется положением, разработанным и утверждённым для конкретной ООМД.

511. В состав комиссии входят: заместитель руководителя ООМД по эпидемиологической работе (заместитель руководителя ООМД по лечебной работе), врач-эпидемиолог, заведующие структурными подразделениями, главная акушерка, бактериолог, патологоанатом, клинический фармаколог. При необходимости приглашаются другие специалисты. Заседания комиссии проводятся не реже 1 (одного) раза в квартал.

512. Главный врач акушерского стационара (отделения) организует проведение инструктажа для медицинских работников по соблюдению профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий с последующей сдачей зачетов 2 (два) раза в год.

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

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

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

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

514. Персонал акушерских стационаров (отделений) должен быть привит в соответствии с Приказом от 25 июня 2008 года № 350 «Об утверждении Календаря иммунизации населения Приднестровской Молдавской Республики и перечня профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

515. Обследование персонала на условно-патогенную и патогенную флору осуществляется по эпидемиологическим показаниям. Обследование медицинского персонала на носительство золотистого стафилококка проводится в порядке, установленном исполнительным органом государственной власти, в ведении которого находятся вопросы здравоохранения.

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

517. Данные периодических осмотров, результаты лечения, сведения о профилактических прививках заносятся в медицинскую карту амбулаторного больного (Ф-025/у), в карту диспансерного наблюдения Ф-030/у, и доводятся до сведения лица, ответственного за организацию и проведение мероприятий по профилактике ВБИ.

518. Требования к условиям труда и личной гигиене (в том числе, правила обработки рук) медицинского персонала принимаются в соответствии с разделами 1, 2 настоящих санитарных правил.

## Глава 26. Организация противоэпидемического режима в акушерских стационарах (отделениях) ООМД

519. В целях предупреждения возникновения и распространения ВБИ в акушерских стационарах должны своевременно и в полном объеме проводиться предусмотренные настоящими санитарными правилами и другими нормативными правовыми актами Приднестровской Молдавской Республики профилактические и санитарно-противоэпидемические мероприятия.

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

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

б) перинатальный центр отличается от родильного дома (отделения) наличием в составе женской консультации, гинекологического отделения, отделения патологии новорожденных и недоношенных (далее - ОПНН), а также отделений реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (далее - ОРИТН).

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

522. Акушерский стационар (отделение) не менее 1 (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 организациями Госсанэпидслужбы.

523. В родовом зале при приеме родов и операционных при проведении операций медицинский персонал работает в масках одноразового применения. В отделениях новорожденных маски используют при проведении инвазивных манипуляций.

Обязательно использование масок одноразового применения во всех отделениях в период эпидемиологического неблагополучия.

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

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

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

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

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

529. 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.

530. Для персонала должны быть предусмотрены отдельный вход, раздевалка со шкафчиками для личной и санитарной одежды, душевые. Санитарная одежда меняется ежедневно.

531. Во всех отделениях акушерского стационара ежедневно проводят влажную уборку с применением моющих средств и ДС. Виды уборок помещений различных структурных подразделений акушерского стационара и кратность их проведения представлены в Приложении № 20 к настоящим санитарным правилам.

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

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

а) соблюдать меры личной безопасности (работа в перчатках при проведении всех манипуляций, правил обработки рук, при приеме родов - использование защитных очков или экранов);

б) соблюдать меры предосторожности при работе с колющими, режущими инструментами, иглами;

в) свести к минимуму соприкосновение с загрязненным бельем, помещать его в маркированные мешки или контейнеры, влажное белье перевозить в непромокаемых мешках или контейнерах;

г) убедиться в целостности аварийной аптечки при подготовке к проведению манипуляции больному с ВИЧ-инфекцией;

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

е) при аварийных ситуациях (порезы и уколы инструментами, контаминированными кровью и другими биологическими жидкостями, в том числе от ВИЧ-инфицированных пациентов, больных гепатитом В, С или сифилисом, а также попадание крови и других биологических жидкостей на слизистые ротоглотки, носа и глаз), провести экстренную профилактику в соответствии с Приложением № 15 к настоящим санитарным правилам.

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

## Глава 27. Правила содержания структурных подразделений акушерских стационаров и перинатальных центров ООМД

### 534. Приемно-смотровое отделение:

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

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

### 535. Родовой блок:

а) в родильных домах с преимущественно совместным пребыванием матери и ребёнка предусматривается функционирование индивидуальных родовых залов, в родильных домах с отдельным пребыванием матери и ребёнка соблюдается цикличность заполнения предродовых палат и родовых залов. Допускается устройство родового блока по типу «семейной комнаты»;

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

в) перед переводом в родовой зал роженицу переодевают в чистое индивидуальное белье (рубашка, косынка, бахилы);

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

д) в индивидуальном родовом зале женщина находится в течение трёх периодов родов: первый период родов, роды и ранний послеродовой период (2 (два) часа);

е) акушерка (врач) перед приемом родов готовится как для хирургической операции;

ж) при приеме родов персонал использует стерильный комплект одежды предпочтительнее одноразового пользования;

з) новорожденного принимают в стерильную пеленку. Для первичной обработки новорожденного используется стерильный индивидуальный комплект. Через 1 (одну) минуту после рождения производят пережатие и пересечение пуповины. Перед наложением пластиковой скобы (или лигатуры) персонал проводит гигиеническую обработку рук. Место наложения зажима обрабатывается 70%-ным этиловым спиртом;

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

к) первичная обработка кожных покровов новорожденного проводится только в случае загрязнения кожных покровов новорожденного меконием или кровью, которые смывают теплой водопроводной водой;

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

м) после взвешивания и одевания новорожденного весы и пеленальный стол протирают раствором ДС. Всё оборудование, используемое при оказании первичной помощи

новорожденному, обеззараживают дезинфицирующими растворами по режиму, обеспечивающему гибель бактерий, вирусов и грибов. Для отсасывания слизи у новорожденного необходимо использовать баллоны и катетеры только одноразового применения.

536. Послеродовое физиологическое отделение с совместным и отдельным пребыванием матери и ребенка:

а) 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;

б) для совместного пребывания матери и ребенка предназначены одно- или двухместные палаты. Заполнение палаты происходит в течение 1 (одних) суток;

в) палаты послеродового физиологического отделения с отдельным пребыванием матери и ребенка заполняют циклично, синхронно с палатами детского отделения в течение не более 3 суток;

г) постельное белье меняется каждые 3 (три) 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.

537. Отделение новорожденных:

а) палаты новорожденных с отдельным пребыванием матери и ребенка заполняют синхронно с палатами послеродового физиологического отделения в течение не более 3 (трех) суток;

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

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

г) для новорожденных используются лекарственные формы только в мелкой расфасовке и (или) однократного применения;

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

е) хранение вакцины против гепатита В, а также хранение и разведение вакцины БЦЖ осуществляется в отдельном помещении;

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

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

б) для кормления новорожденного используется сцеженное грудное молоко только его матери;

в) при необходимости сцеживания грудного молока матерям выдают обеззараженную посуду;

г) в случае необходимости отсроченного кормления новорожденного сцеженным молоком (отделение реанимации и тому подобные), собранное грудное молоко подвергают пастеризации.

Молоко разливают в стерильные бутылочки по 30 - 50 мл (по 100 мл для перинатального центра) для индивидуального использования, закрывают и пастеризуют в водяной бане (не более 5 - 7 минут от начала закипания воды), уровень воды в которой

должен быть не ниже уровня молока в бутылочках. Бутылочки с молоком после пастеризации охлаждают до комнатной температуры и раздают для кормления детей или хранят в специальном холодильнике не более 12 (двенадцати) часов;

д) пастеризованное молоко, молочные смеси, питьевые растворы используются для новорожденных только по назначению врача при наличии показаний. Запрещается кормление нескольких детей из 1 (одной) бутылочки. Вода и растворы для питья должны быть стерильными в индивидуальной разовой расфасовке;

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

539. Обсервационное отделение:

а) в обсервационное отделение поступают роженицы, родильницы и новорожденные в соответствии с показаниями в случае отсутствия индивидуальных родильных залов или палат;

б) показания к приему беременных и рожениц:

1) лихорадочное состояние (температура тела  $37,6^{\circ}\text{C}$  и выше без клинически выраженных других симптомов);

2) инфекционная патология, в том числе:

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

4) острые респираторные заболевания (грипп, ангина и другие);

5) ВИЧ-инфекция, сифилис, вирусные гепатиты В, С, D, гонорея, герпетическая инфекция;

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

7) прерывание беременности по медицинским и социальным показаниям с 20 недель беременности;

8) внутриутробная гибель плода, грубые аномалии развития плода, требующие досрочного родоразрешения;

9) отсутствие медицинской документации и данных об обследовании рожениц;

10) роды вне ООМД (в течение 24 часов после родов);

в) переводу в обсервационное отделение из других отделений акушерского стационара подлежат беременные, роженицы и родильницы, имеющие:

1) повышение температуры тела в родах и раннем послеродовом периоде до  $38^{\circ}\text{C}$  и выше (при трехкратном измерении через каждый час);

2) лихорадку неясного генеза (температура тела выше  $37,6^{\circ}\text{C}$ ), продолжающуюся более 1 суток;

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

г) лечение послеродовых воспалительных осложнений осуществляется в условиях гинекологического стационара (отделения);

д) переводу и госпитализации в обсервационное отделение подлежат:

1) новорожденные, матери которых переведены из физиологического послеродового отделения в обсервационное;

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

3) дети, родившиеся вне родильного дома;

е) новорожденные с инфекционными заболеваниями переводятся в детский стационар;

ж) в случае перевода новорожденного в обсервационное отделение вместе с ним переводят и родильницу;

з) в обсервационном отделении пациенток необходимо размещать в палаты по нозологическим формам заболеваний, беременных - отдельно от родильниц;

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

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

540. ОРИТН и ОПНН перинатального центра:

а) для размещения ОРИТН и ОПНН предусматриваются самостоятельные блоки помещений, с отдельным входом и выходом, изолированные от родовспомогательных и других отделений;

б) 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) в том случае если перинатальный центр принимает в ОПНН и ОРИТН новорожденных из других акушерских стационаров при входе в отделение предусматривается наличие помещений приема;

г) 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;

д) перед осмотром каждого ребенка и проведением манипуляций персонал проводит обработку рук в соответствии с требованиями раздела 1 настоящих санитарных правил. После осмотра ребенка в кювезе проводится обработка рук антисептиком перед закрытием кювеза;

е) для осмотра новорожденных в каждой палате предусматривается пеленальный стол, оборудованный матрасиком с подогревом и лампой лучистого тепла;

ж) термометрию рекомендуется проводить электронными термометрами (ртутными термометрами невозможно фиксировать гипотермию у новорожденного). Осмотр зева новорожденных проводят одноразовым шпателем;

з) при отделениях предусматриваются помещения для фильтра (опрос, осмотр и термометрия), переодевания и отдыха входящих матерей (других родственников по уходу). Матери (другие родственники), перед входом в отделения надевают чистую сменную одежду, допускается использование чистой домашней одежды. В отделения запрещается приводить несовершеннолетних детей;

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

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

л) 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.

## Глава 28. Организация и проведение дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в акушерских стационарах (отделениях) ООМД

541. С целью профилактики и борьбы с ВБИ в акушерских стационарах проводятся дезинфекционные и стерилизационные мероприятия в соответствии с требованиями разделов 1, 2 настоящих санитарных правил.

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

- а) ИМН;
- б) руки персонала;
- в) кожные покровы (операционное и инъекционное поле) пациентов;
- г) предметы ухода за больными;
- д) куветы (инкубаторы);
- е) воздух в помещениях;
- ж) выделения больных и биологические жидкости (мокрота, кровь и другие);
- з) постельные принадлежности;
- и) поверхности предметов и оборудования;
- к) медицинские отходы и другие.

543. Дезинфекция куветов (инкубаторов).

а) дезинфекцию куветов проводят ДС, в инструкциях по применению которых есть рекомендации по обеззараживанию куветов;

б) для дезинфекции куветов не допускается применение хлорактивных средств, а также средств, содержащих в своем составе альдегиды, фенол и его производные;

в) дезинфекцию наружных поверхностей куветов с целью профилактики ВБИ осуществляют ежедневно одновременно с проведением текущих уборок по режиму, обеспечивающему гибель грамотрицательных и грамположительных бактерий;

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

д) обработку куветов проводят после перевода новорождённого или не реже 1 (одного) раза в 7 (семь) дней. Обработку куветов следует проводить с учетом документации по эксплуатации кувета, прилагаемой к конкретной модели;

е) 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;

ж) дезинфекцию поверхностей куветов проводят способом протирания, различных приспособлений - погружением в растворы ДС по режимам (концентрация раствора, время дезинфекционной выдержки), рекомендованным для профилактики и борьбы с бактериальными, вирусными и грибковыми инфекциями, выбирая из них наиболее жесткий для данного средства (более высокие концентрации рабочих растворов и более длительное время обеззараживания) с последующим промыванием водой в соответствии с режимами отмыва, рекомендованными для ИМН;

з) после дезинфекции кувета остатки дезинфицирующего раствора следует удалить многократным протиранием (смыванием) стерильными салфетками или стерильной пленкой, обильно смоченными стерильной водой (от 100 до 150 мл). После каждого смыывания необходимо поверхности вытирать насухо. По окончании обработки куветы следует проветривать в течение времени, рекомендованного для конкретного используемого средства.

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

544. Дезинфекция объектов больничной среды:

а) в помещениях различных структурных подразделений акушерского стационара проводят текущие и генеральные уборки:

1) при проведении текущих уборок с применением растворов ДС (профилактическая дезинфекция при отсутствии ВБИ или текущая дезинфекция при наличии ВБИ) поверхности в помещениях, приборов, оборудования и других дезинфицируют способом протирания. Для этих целей целесообразно использовать ДС с моющими свойствами, что позволяет объединить обеззараживание объекта с его мойкой. При необходимости экстренной обработки небольших по площади или труднодоступных поверхностей возможно применение ДС в готовой форме, например, на основе спиртов с коротким

временем обеззараживания (способом орошения с помощью ручных распылителей) или способом протирания растворами ДС, или готовыми к применению дезинфицирующими салфетками;

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

3) генеральные уборки в операционных блоках, родильных залах, перевязочных, процедурных, манипуляционных, стерилизационных проводят ДС с широким спектром антимикробного действия по режимам, обеспечивающим гибель бактерий, вирусов и грибов рода Кандида;

4) генеральные уборки в палатных отделениях, врачебных кабинетах, административно-хозяйственных помещениях, отделениях и кабинетах физиотерапии и функциональной диагностики и других проводят ДС по режимам, рекомендованным для профилактики и борьбы с бактериальными инфекциями;

б) в присутствии пациентов запрещается обеззараживание поверхностей растворами ДС способом орошения, а также применение способом протирания ДС, обладающих раздражающим действием, сенсibiliзирующими свойствами;

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

г) заключительную дезинфекцию проводят в отсутствие пациентов, при этом персонал, выполняющий обработку, должен использовать средства индивидуальной защиты, рекомендуемые в инструкциях по применению каждого конкретного средства;

д) воздух в помещениях обеззараживают:

1) фильтрацией с помощью антимикробных фильтров;

2) ультрафиолетовым облучением с помощью открытых и комбинированных бактерицидных облучателей, применяемых в отсутствие людей, и закрытых облучателей, в том числе рециркуляторов, позволяющих проводить обеззараживание воздуха в присутствии людей;

3) аэрозолями дезинфектантов (в отсутствие людей) с помощью специальной распыливающей аппаратуры и использованием ДС, имеющих разрешение на такой способ применения при проведении дезинфекции по типу заключительной и проведении генеральных уборок;

4) озоном с помощью установок-генераторов озона в отсутствие людей при проведении дезинфекции по типу заключительной;

е) предметы ухода за пациентами (медицинские термометры, кислородные маски, рожки от кислородной подушки, баллоны для отсасывания слизи, подкладные клеенки, судна, резиновые клизмы, тапки эмалированные и другие) обеззараживают способом погружения в раствор ДС с последующим промыванием водой. Чехлы матрацев из полимерной пленки и клеенки обеззараживают способом протирания тканевой салфеткой, смоченной раствором ДС. Для обработки предметов ухода за пациентами возможно использование моюще-дезинфицирующих установок, разрешенных для применения в Приднестровской Молдавской Республике;

ж) баночки для сбора молока, молокоотсосы, стеклянные воронки, соски для новорожденных, перед стерилизацией тщательно моют с применением моющих средств, разрешенных для мытья посуды, и ополаскивают проточной питьевой водой. Сетки для молочной посуды обеззараживают способом протирания тканевой салфеткой, смоченной раствором ДС;

з) посуду столовую и чайную в акушерском стационаре обрабатывают в соответствии действующими нормативными документами. Механическая мойка посуды на специальных моечных машинах проводится в соответствии с прилагающимися инструкциями по их эксплуатации. Мытье посуды ручным способом осуществляют в

трехсекционных ваннах для столовой посуды и двухсекционных – для стеклянной посуды и столовых приборов. Посуду освобождают от остатков пищи, моют с применением моющих средств, погружают в дезинфицирующий раствор и после экспозиции промывают водой и высушивают. При обработке посуды по эпидемиологическим показаниям столовую посуду освобождают от остатков пищи и погружают в дезинфицирующий раствор, используя режим дезинфекции, рекомендованный для соответствующей инфекции. После дезинфекции посуду тщательно промывают водой и высушивают;

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

## Глава 29. Эпидемиологический надзор за ВБИ в акушерских стационарах (отделениях) ООМД

### 545. Общие положения:

а) эпидемиологический надзор за ВБИ и организация проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий осуществляются госпитальным эпидемиологом (заместителем руководителя ООМД по санитарно-эпидемиологическим вопросам, при его отсутствии - заместителем руководителя ООМД по лечебной работе);

б) контроль за проведением противоэпидемических и профилактических мероприятий проводят организации Госсанэпидслужбы;

в) эпидемиологический надзор за ВБИ в акушерских стационарах предусматривает:

- 1) выявление, учет и регистрацию ВБИ;
- 2) анализ заболеваемости новорожденных и родильниц;
- 3) анализ летальных исходов;
- 4) анализ заболеваемости медицинского персонала;
- 5) микробиологический мониторинг;
- 6) выявление групп и факторов риска возникновения ВБИ;
- 7) определение предвестников осложнения эпидемиологической обстановки;
- 8) оценку и прогнозирование эпидемиологической ситуации;

г) на основании данных эпидемиологического надзора разрабатываются и реализуются профилактические и противоэпидемические мероприятия, проводится оценка их эффективности.

### 546. Выявление и учет ВБИ:

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

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

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

г) вопрос о внутриутробном характере заражения решается при участии госпитального врача-эпидемиолога;

д) учёт и организация сбора информации об инфекционной заболеваемости новорожденных и родильниц осуществляется не только в акушерских стационарах, но и в детских больницах и поликлиниках, хирургических и гинекологических отделениях, женских консультациях, патологоанатомических отделениях и прочих. Все эти ООМД должны оперативно сообщать по телефону в течение 12 (двенадцати) часов об установленном или предварительном диагнозе ВБИ (ВУИ) у новорожденного и (или) родильницы в организацию Госсанэпидслужбы;

е) организации Госсанэпидслужбы в течение 12 (двенадцати) часов передают информацию об инфекционных заболеваниях новорожденных и родильниц в акушерские стационары по месту родов для организации и проведения противоэпидемических мероприятий;

ж) госпитальный эпидемиолог совместно с заведующими структурными подразделениями проводит активное выявление ВБИ путем проспективного наблюдения, которое заключается в следующем:

1) контроль за выявлением и оперативной (ежедневной) регистрацией инфекционных заболеваний;

2) получение ежедневной информации от всех функциональных подразделений родильного дома (отделения) о случаях инфекционных заболеваний среди новорожденных и родильниц, нарушениях санитарно-эпидемиологического режима, результатах бактериологических исследований;

3) расследование причин их возникновения и информация руководства для принятия неотложных мер;

з) учет и регистрация заболеваний новорожденных и родильниц, вызванных условно-патогенными микроорганизмами, осуществляется в соответствии с кодами МКБ-10 (Приложение № 21 к настоящим санитарным правилам). Учёт и регистрация заболеваний новорожденных и родильниц, вызванных «классическими» микроорганизмами, проводят согласно требованиям действующих нормативных правовых актов.

547. Эпидемиологический анализ заболеваемости:

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

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

в) оперативный анализ заболеваемости должен проводиться с учетом:

1) даты родов;

2) сроков возникновения заболевания;

3) локализации патологического процесса;

4) этиологии;

5) видам медицинских вмешательств;

6) перемещения в пределах стационара (из палаты в палату, из отделения в отделение);

7) даты выписки или перевода в другой стационар;

8) длительности пребывания в стационаре;

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

д) ретроспективный анализ заболеваемости ВБИ новорожденных и родильниц предусматривает:

1) анализ многолетней динамики заболеваемости с определением тенденции (рост, снижение, стабилизация) и темпов роста или снижения;

2) анализ годового, полугодового, месячного уровней заболеваемости;

3) сравнительную характеристику заболеваемости по отделениям;

4) изучение структуры заболеваемости по локализации патологического процесса и этиологии;

5) анализ оперативных и других вмешательств и частоты заболеваний, связанных с ними (стратифицированные показатели);

6) анализ динамики соотношения локализованных и генерализованных форм;

7) определение удельного веса групповых заболеваний и анализ вспышечной заболеваемости;

8) анализ летальности по локализации патологического процесса и этиологии.

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

ж) ретроспективный анализ заболеваемости медицинского персонала позволяет определить круг источников инфекции и провести мероприятия, направленные на ограничение их роли в распространении ВБИ;

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

548. Микробиологический мониторинг:

а) микробиологический мониторинг осуществляется акушерским стационаром (при отсутствии соответствующих лабораторий – по договорам с аккредитованными организациями);

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

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

в) объем санитарно-бактериологических исследований определяется эпидемиологической необходимостью, исследования проводятся в плановом порядке и по эпидемиологическим показаниям. В плановом порядке проводят:

1) исследования лекарственных форм (для инъекций, обработки кожи и слизистых новорожденных), контроль стерильности ИМН, в том числе расходных материалов для аппаратов ИВЛ – за исключением лекарственных форм и стерильных изделий промышленного изготовления;

2) детские питательные смеси и растворы для питья;

3) контроль микробиологической чистоты воздуха в операционных и других помещениях класса чистоты А, В и С;

4) контроль качества текущей дезинфекции (куветы, предметы и ИМН, подготовленные к использованию у пациентов);

5) выборочный контроль гигиены рук медицинского персонала.

Санитарно-бактериологические исследования проводят в соответствии с планом производственного контроля, утвержденным руководителем ООМД, но не реже 1 (одного) раза в 6 (шесть) месяцев.

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

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

Сведения о микробиологическом подтверждении или изменении диагноза в течение 12 (двенадцати) часов передаются в организацию Госсанэпидслужбы для последующего информирования акушерских стационаров;

д) микробиологическое обследование медицинского персонала проводится по эпидемиологическим показаниям;

е) для выявления госпитальных штаммов - возбудителей ВБИ - необходимо учитывать данные внутривидового типирования.

549. Выявление групп и факторов риска:

а) группами риска возникновения ВБИ среди рожениц считаются женщины:

1) с хориоамнионитом в родах;

2) с хроническими соматическими и инфекционными заболеваниями;

3) с иммунодефицитными состояниями;

4) с болезнями мочеполовой системы, в том числе кольпитами;

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

б) после оперативного родоразрешения (кесарево сечения);

7) с кровотечениями в послеродовом периоде;

б) к группам риска возникновения ВБИ среди новорожденных относятся:

1) недоношенные;

2) переношенные;

3) родившиеся у матерей с хроническими соматическими и инфекционными заболеваниями или перенесших острое инфекционное заболевание во время беременности;

4) после оперативного родоразрешения;

5) с врожденными аномалиями развития;

6) с родовой травмой;

7) с синдромом дыхательных расстройств;

8) с хронической внутриутробной гипоксией и асфиксией в родах;

9) при проведении искусственной вентиляции легких;

10) родившиеся у матерей, страдающих алкоголизмом, наркоманией;

в) к факторам риска возникновения ВБИ новорожденных и рожениц относятся: 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;

г) назначение инвазивных процедур должно быть строго обосновано.

550. Определение предпосылок и предвестников эпидемиологического неблагополучия:

а) для успешной профилактики ВБИ, необходимо учитывать ряд предпосылок и предвестников эпидемиологического неблагополучия в акушерском стационаре и проводить целенаправленные профилактические мероприятия до начала осложнения эпидемической обстановки и появления групповых заболеваний;

б) к предвестникам осложнения эпидемиологической ситуации относятся следующие:

1) факты поздней выписки новорожденных из роддома (после пятого дня);

2) увеличение доли детей, переводимых на второй этап выхаживания;

3) появление генерализованных форм;

4) увеличение доли диагнозов ВУИ среди всех инфекционных диагнозов новорожденных;

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

б) смена вида циркулирующей микрофлоры у новорожденных и её идентичность с изолятами, выделенными из внутрибольничной среды;

7) выделение преимущественно одного вида возбудителя;

8) появление микробных ассоциаций;

9) увеличение количества изолированных культур и числа локусов, из которых они выделяются;

10) возникновение 2 и более случаев заболеваний, эпидемиологически связанных между собой;

11) рост числа воспалительных заболеваний у родильниц, в том числе после оперативных пособий в родах;

12) рост числа воспалительных и инфекционных заболеваний среди медицинского персонала.

Своевременное выявление вышеуказанных признаков позволяет оперативно провести необходимые мероприятия для предотвращения дальнейшего осложнения эпидемиологической ситуации;

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

Неудовлетворительные архитектурно-планировочные решения:

1) недостаточный состав и площадь помещений;

2) перекрест технологических потоков;

3) отсутствие приточно-вытяжной вентиляции.

Нарушения в организации работы:

1) перегруз стационара;

2) аварийные ситуации на водопроводной и канализационной системах, перебоями в подаче горячей и холодной воды, нарушения в тепло- и энергоснабжении;

3) нарушения в работе приточно-вытяжной вентиляции.

Недостаточное материально - техническое оснащение:

1) недостаток ИМН, в том числе одноразового (катетеры, санационные системы, дыхательные трубки);

1) нехватка оборудования, перевязочного материала, лекарств;

2) перебои в поставке белья, ДС.

Нарушения противоэпидемического режима:

1) несоблюдение цикличности заполнения палат;

2) несвоевременный перевод новорожденных и родильниц в соответствующие стационары;

3) повторное использование одноразовых медицинских изделий, индивидуальное употребление емкостей для питья, кормления, обработки кожных покровов и глаз;

4) нарушения правил текущей и заключительной дезинфекции, стерилизации и прочие.

г) при выявлении предпосылок возникновения эпидемиологического неблагополучия госпитальный эпидемиолог оперативно доводит всю информацию до сведения главного врача родильного дома и организации Госсанэпидслужбы. Принимаются меры по устранению нарушений. Усиливается весь комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий;

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

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

552. Оценка эпидемиологической ситуации: анализ всей вышеприведенной информации дает возможность получить объективные данные об особенностях эпидемического процесса ВБИ у новорожденных и родильниц в данном акушерском стационаре, основных причинах, обуславливающих заболеваемость, оценить эпидемиологическую ситуацию и разработать комплекс эффективных профилактических и противоэпидемических мероприятий.

## Глава 30. Проведение расследования и ликвидации групповых внутрибольничных заболеваний среди новорожденных детей и родильниц в акушерских стационарах (отделениях) ООМД

553. К групповым заболеваниям (вспышкам) ВБИ новорожденных и родильниц относятся 5 (пять) и более случаев, возникающих в пределах колебаний одного инкубационного периода (максимально 7 (семь) дней), связанных между собой одним источником инфекции и общими факторами передачи.

554. Расследование причин возникновения групповых заболеваний и срочное принятие мер по их ликвидации проводятся родовспомогательными ООМД и организацией Госсанэпидслужбы.

555. При возникновении групповых заболеваний:

- а) прекращается прием беременных и рожениц в акушерский стационар (отделение);
- б) проводится комплексное эпидемиологическое расследование специалистами и врачами организации Госсанэпидслужбы, и госпитальным эпидемиологом с участием неонатолога, акушера-гинеколога, направленное на выяснение причин сложившегося неблагополучия и разработку мероприятий по ликвидации групповых заболеваний;
- в) решается вопрос о закрытии акушерского стационара (отделения) по эпидемиологическим показаниям, в установленном порядке направляется внеочередное донесение в исполнительный орган государственной власти, в ведении которого находятся вопросы здравоохранения;
- г) экстренно разворачивается резервное помещение для приема рожениц и беременных;
- д) определяется стационар для госпитализации заболевших детей с учетом создания максимально благоприятных условий для их изоляции, организации круглосуточной реанимационной помощи и интенсивной терапии;
- е) на основании результатов эпидемиологического расследования делается заключение о причинах группового заболевания, типе эпидемического процесса, источниках инфекции, ведущих путях и факторах передачи возбудителей инфекции, обусловивших возникновение заболеваний. С учетом этого заключения разрабатывается и реализуется комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий по локализации и ликвидации групповых внутрибольничных заболеваний, включающих назначение средств специфической и неспецифической профилактики.

## Раздел 5. Санитарно-гигиенические требования к стоматологическим ООМД

### Глава 31. Общие положения

556. 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 ИМТ и ИМН.

557. Требования к условиям труда и личной гигиене (в том числе, правила обработки рук) медицинского персонала установлены в соответствии с разделами 1, 2 настоящих санитарных правил.

### Глава 32. Требования к размещению стоматологических ООМД

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

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

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

561. Стоматологические медицинские организации размещаются в помещениях, оборудованных системами хозяйственно-питьевого холодного и горячего водоснабжения и водоотведения (канализации).

562. Размещение и эксплуатация рентгеновских кабинетов, аппаратов (в том числе радиовизиографов) регламентируются действующими нормативными правовыми актами и пунктом 621 настоящих санитарных правил.

563. Устройство, оборудование и эксплуатация физиотерапевтических кабинетов, применение лазеров должны отвечать требованиям настоящих санитарных правил.

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

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

566. Оказание медицинской помощи беременным проводится в стоматологических ООМД для взрослых или в стоматологических кабинетах женских консультаций.

567. В стоматологических кабинетах площадь на основную стоматологическую установку должна быть не менее 14 м<sup>2</sup>, на дополнительную установку – 10 м<sup>2</sup> (на стоматологическое кресло без бормашины – 7 м<sup>2</sup>), высота кабинетов – не менее 2,4 м, с учетом проведенных шумоизоляционных мероприятий.

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

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

570. Набор помещений определяется мощностью стоматологической медицинской организации и видами деятельности. Минимальные площади помещений и их минимальный набор представлены в Приложении № 5 к настоящим санитарным правилам.

### Глава 33. Требования к внутренней отделке помещений стоматологических ООМД

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

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

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

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

575. Потолки стоматологических кабинетов, операционных, предоперационных, стерилизационных и помещений зуботехнических лабораторий окрашиваются водоземлемыми или другими красками. Возможно использование подвесных потолков, если это не влияет на нормативную высоту помещения. Подвесные потолки

должны быть выполнены из плит (панелей), имеющих гладкую неперфорированную поверхность, устойчивую к действию моющих веществ и дезинфектантов.

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

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

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

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

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

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

#### Глава 34. Требования к оборудованию стоматологических ООМД

579. В кабинетах с односторонним естественным освещением стоматологические кресла устанавливаются в 1 ряд вдоль светонесущей стены.

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

581. Отсутствие стерилизационной в стоматологической медицинской организации допускается при наличии не более 2 (двух) кресел. В этом случае установка стерилизационного оборудования возможна непосредственно в кабинетах.

При наличии более 2 кресел должно быть оборудовано помещение стерилизационной площадью не менее 6 м<sup>2</sup>.

582. Стоматологические кабинеты оборудуются отдельными или двухсекционными раковинами для мытья рук и обработки инструментов. При наличии стерилизационной и организации в ней централизованной предстерилизационной обработки инструментария в кабинетах допускается наличие 1 (одной) раковины. В операционном блоке раковины устанавливаются в предоперационной. В хирургических кабинетах, стерилизационных, предоперационных устанавливаются локтевые или сенсорные смесители.

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

584. Кабинеты оборудуют бактерицидными облучателями или другими устройствами обеззараживания воздуха, разрешенными для этой цели на территории Приднестровской Молдавской Республики. При использовании облучателей открытого типа выключатели должны быть выведены за пределы рабочих помещений.

#### Глава 35. Требования к микроклимату, отоплению, вентиляции в стоматологических ООМД

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

586. Поверхность нагревательных приборов должна быть гладкой, допускающей легкую очистку и исключая скопление микроорганизмов и пыли.

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

588. На постоянных рабочих местах, где медицинский персонал находится свыше 50% рабочего времени или более 2 (двух) часов непрерывной работы, должны обеспечиваться параметры микроклимата в соответствии с таблицей № 3 Приложения № 3 к настоящим санитарным правилам.

589. Для мест временного пребывания работающих (специальные помещения зуботехнической лаборатории) параметры микроклимата представлены в таблице № 4 Приложения № 3 к настоящим санитарным правилам.

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

591. Содержание лекарственных средств и вредных веществ в воздухе стоматологических ООМД не должно превышать предельно допустимые концентрации.

592. Для обеспечения нормативных параметров микроклимата в производственных помещениях допускается устройство кондиционирования воздуха, в том числе с применением сплит-систем, предназначенных для использования в медицинских организациях. Замену фильтров тонкой очистки необходимо проводить не менее 1 (одного) раза в 6 (шесть) месяцев, если иное не предусмотрено производителем.

593. В стоматологических ООМД, общей площадью не более 500 м<sup>2</sup>, в помещениях класса чистоты Б и В (кроме операционных, рентгенкабинетов, кабинетов компьютерной и магнитно-резонансной томографии) допускается неорганизованный воздухообмен за счет проветривания помещений через открывающиеся фрамуги или естественная вытяжная вентиляция.

594. Система вентиляции от производственных помещений медицинских организаций, размещенных в жилых зданиях, должна быть отдельной от жилого дома в соответствии с СанПиН МЗ и СЗ ПМР 2.1.2.1002-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к жилым зданиям и помещениям».

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

596. В помещениях зуботехнических лабораторий местные отсосы и общеобменную вытяжную вентиляцию допускается объединить в одну вытяжную систему в пределах помещений лабораторий или в помещении вентиляционной камеры. Допускается устройство общей общеобменной приточной вентиляции для помещений лабораторий и других помещений стоматологической медицинской организации, при этом подачу приточного воздуха в помещения лаборатории необходимо предусмотреть по самостоятельному воздуховоду, проходящему от вентиляционной камеры, с установкой на нем обратного клапана в пределах вентиляционной камеры.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Глава 36. Требования к естественному и искусственному освещению в стоматологических ООМД

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

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

609. На северные направления, по возможности, должны быть ориентированы основные помещения и литейные зуботехнической лаборатории для предупреждения перегрева помещений в летнее время.

610. В существующих стоматологических ООМД, имеющих ориентацию окон, не соответствующую указанным в пунктах 606 и 607 требованиям настоящих санитарных правил, рекомендуется прибегать к использованию солнцезащитных приспособлений (козырьки, солнцезащитные пленки, жалюзи). В операционных и хирургических кабинетах солнцезащитные средства типа жалюзи размещаются между оконными рамами.

611. Коэффициент естественного освещения на постоянных рабочих местах во всех стоматологических кабинетах и основных помещениях зуботехнической лаборатории должен соответствовать гигиеническим требованиям, установленным Приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 3 декабря 2012 года № 637 «О введении в действие СанПиН МЗ и СЗ ПМР 2.2.1/2.1.1.1278-12 «Гигиенические требования к естественному, искусственному, и совмещенному освещению жилых и общественных зданий» (регистрационный № 6271 от 12 января 2013 года) (САЗ 13-1) (далее - СанПиН МЗ и СЗ ПМР 2.2.1/2.1.1.1278-12 «Гигиенические требования к естественному, искусственному, и совмещенному освещению жилых и общественных зданий»).

612. При установке стоматологических кресел в 2 (два) ряда в существующих кабинетах с односторонним естественным освещением следует пользоваться искусственным светом в течение рабочей смены, а врачи должны периодически меняться своими рабочими местами.

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

614. Все помещения стоматологических ООМД должны иметь общее искусственное освещение.

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

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

617. Рекомендуемые уровни освещенности рабочих поверхностей, принимаются в соответствии с разделом 1 настоящих санитарных правил.

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

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

619. Уровень освещенности от местных источников не должен превышать уровень общего освещения более чем в 10 (десять) раз.

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

### Глава 37. Обеспечение радиационной безопасности при размещении и эксплуатации рентгеновских аппаратов и кабинетов в стоматологических ООМД

621. Общие требования к размещению рентгеновских аппаратов в стоматологических ООМД:

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

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

Для проведения рентгенологических исследований должна быть оформлена лицензия на деятельность по использованию радиоактивных материалов.

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

622. Особенности размещения рентгеновских аппаратов в отдельном рентгеновском кабинете:

а) размещение рентгеновских аппаратов в рентгеновских кабинетах осуществляется на основании проекта. Разработка проекта проводится проектной организацией, имеющей лицензию на соответствующий вид деятельности, на основании технического задания

заказчика. На проект оформляется санитарно-эпидемиологическое заключение организации Госсанэпидслужбы. Ввод в эксплуатацию и эксплуатация рентгеновских кабинетов, аппаратов производится в соответствии с требованиями Приказа Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 29 декабря 2008 года № 638 «О введении в действие СанПиН МЗ и СЗ ПМР 2.6.1.1192-08 «Гигиенические требования к устройству и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов и проведению рентгенологических исследований» (регистрационный № 4760 от 4 марта 2009 года) (САЗ 09-10);

б) устройство кабинета должно обеспечивать выполнение требований технической и нормативной документации;

в) пол кабинета выполняется из непроводящих электрический ток материалов, натуральных или искусственных (линолеум, натуральный или искусственный камень, керамическая плитка и тому подобные);

г) организация воздухообмена в рентгеновском кабинете должна обеспечивать поддержание показателей микроклимата (температура, влажность) в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 22 ноября 2006 года № 503 «О введении в действие СанПиН МЗ и СЗ ПМР 2.2.4.548-06 «Гигиенические требования к микроклимату производственных помещений» (регистрационный № 3800 от 1 февраля 2007 года) (САЗ 07-6) и может обеспечиваться различными средствами (устройство приточно-вытяжной вентиляции, установка оконных вентиляторов, кондиционирование);

д) персонал рентгеновского кабинета относится к группе А и на него распространяются специальные требования, предусмотренные Приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 10 ноября 2010 года № 564 «О введении в действие СанПиН МЗ и СЗ ПМР 2.6.1.2523–10 «Нормы радиационной безопасности» (регистрационный № 5461 от 2 декабря 2010 года) (САЗ 10-48).

623. Особенности размещения рентгеновских аппаратов в стоматологическом кабинете:

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

б) размещение рентгеновского аппарата в стоматологическом кабинете допускается проводить на основе проектных материалов, содержащих:

1) схему размещения рентгеновского аппарата;

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

в) защита персонала может осуществляться расстоянием, временем, экранами (установка защитной ширмы), применением средств индивидуальной защиты (защитные фартуки, очки и другие);

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

д) если при проведении рентгенологических исследований в стоматологическом кабинете могут находиться не участвующие в них пациенты, в местах их нахождения мощность дозы рентгеновского излучения, приведенная к стандартной рабочей нагрузке рентгеновского аппарата, не должна превышать 1,0 мкЗв/ч. Для выполнения этого

условия, при необходимости, могут использоваться стационарные или передвижные средства радиационной защиты.

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

а) для реализации требований настоящих санитарных правил руководство ООМД должно обеспечить проведение комплекса мероприятий по соблюдению требований радиационной безопасности и оформлению документов:

- 1) лицензия на деятельность по использованию радиоактивных материалов;
- 2) санитарно-эпидемиологическое заключение на деятельность с источниками ионизирующих излучений;
- 3) санитарно-эпидемиологическое заключение на рентгеновский аппарат или его заверенная копия;
- 4) заверенная копия свидетельства о государственной регистрации рентгеновского аппарата;
- 5) санитарно-эпидемиологическое заключение на проект (рентгеновский кабинет) или проектные материалы (стоматологический кабинет с рентгеновским аппаратом);
- 6) эксплуатационная документация на рентгеновский аппарат;
- 7) технический паспорт на рентгеновский кабинет;
- 8) протокол дозиметрических измерений на рабочих местах, в смежных помещениях и на прилегающей территории;
- 9) протокол исследования эксплуатационных параметров рентгеновского аппарата;
- 10) протокол испытания передвижных и индивидуальных средств защиты;
- 11) акты проверки заземления;
- 12) акты проверки эффективности работы вентиляции (при наличии приточно-вытяжных вентиляционных систем с механическим побуждением);
- 13) заключение медицинской комиссии о прохождении персоналом группы А предварительных и периодических медицинских осмотров;
- 14) приказ о допуске работников к работе с источниками ионизирующих излучений и отнесении их к персоналу группы А;
- 15) приказ на лицо, ответственное за радиационную безопасность;
- 16) документы, подтверждающие учет индивидуальных доз облучения пациентов;
- 17) программа производственного контроля по обеспечению радиационной безопасности (допускается как раздел общего плана производственного контроля ООМД);
- 18) наличие у сотрудников, работающих с рентгеновским аппаратом, документов, подтверждающих обучение правилам работы на аппарате;
- 19) инструкция по охране труда и радиационной безопасности, предупреждению и ликвидации радиационных аварий;
- 20) журнал регистрации инструктажа на рабочем месте;
- 21) карточки учёта индивидуальных доз облучения персонала по результатам индивидуального дозиметрического контроля персонала группы А.

## Глава 38. Санитарно-противоэпидемические мероприятия в стоматологических ООМД

625. Требования к организации и проведению дезинфекционных и стерилизационных мероприятий:

а) мероприятия по дезинфекции и стерилизации в стоматологических ООМД выполняются в соответствии с разделами 1, 2 настоящих санитарных правил;

б) все стоматологические кабинеты должны быть обеспечены ИМТ и ИМН 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 (шести) наконечников (по 2 (два) угловых, прямых, турбинных), на каждое посещение – индивидуальный смотровой стоматологический комплект, состоящий из набора инструментов (лоток, зеркало стоматологическое, пинцет зубохирургический, зонд стоматологический), пакет с ватными валиками, пакет с пинцетом (для работы со стерильными инструментами, необходимыми для каждого пациента). При необходимости набор доукомплектовывают другими инструментами (зонд

стоматологический пуговчатый, зонд пародонтологический градуированный, гладилки, шпатель, экскаваторы и другие);

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

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

г) нагрудные салфетки после каждого пациента подлежат смене. Одноразовые салфетки утилизируются, многоразовые сдаются в стирку;

д) для ополаскивания рта водой используют одноразовые стаканы индивидуально для каждого пациента.

626. Требования к санитарному содержанию помещений:

а) влажную уборку помещений проводят не менее 2 (двух) раз в день (между сменами и после окончания работы) с использованием моющих средств и ДС (по режимам дезинфекции при бактериальных инфекциях) способами орошения и (или) протирания. Мытье оконных стекол должно проводиться не реже 1 (одного) раза в месяц изнутри и не реже 1 (одного) раза в 3 (три) месяца снаружи (весной, летом и осенью);

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

в) 1 (один) раз в неделю в операционном блоке, хирургическом кабинете, стерилизационной (автоклавной) проводят генеральную уборку помещений. Для дезинфекции применяют ДС, обладающие широким спектром антимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное – с активностью в отношении грибов рода Кандида) действия. Выбор режимов дезинфекции проводят по наиболее устойчивым микроорганизмам – между вирусами или грибами рода Кандида (в туберкулезных ООМД – по микобактериям туберкулеза);

В остальных подразделениях генеральную уборку проводят 1 (один) раз в месяц, используя ДС по режимам, эффективным в отношении вегетативных форм бактерий;

г) при проведении текущих и генеральных уборок выполняются также требования разделов 1, 2 настоящих санитарных правил.

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

а) ИМТ и ИМН 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;

б) для дезинфекции ИМТ и ИМН применяют ДС, обладающие широким спектром антимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное – с активностью в отношении грибов рода Кандида) действия. Выбор режимов дезинфекции проводят по наиболее устойчивым микроорганизмам – между вирусами или грибами рода Кандида (в туберкулезных ООМД - по микобактериям туберкулеза);

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

г) объем емкости для проведения обработки и объем раствора средства в ней должны быть достаточными для обеспечения полного погружения ИМН в раствор; толщина слоя раствора над изделиями должна быть не менее 1 см;

д) дезинфекцию способом протирания допускается применять для тех ИМТ и ИМН, которые не соприкасаются непосредственно с пациентом или конструкционные особенности которых не позволяют применять способ погружения (наконечники, переходники от турбинного шланга к наконечникам, микромотор к механическим наконечникам, наконечник к скелеру для снятия зубных отложений, световоды светоотверждающих ламп). Для этих целей не рекомендуется использовать альдегидсодержащие средства. Обработку наконечников после каждого пациента допускается проводить следующим образом: канал наконечника промывают водой, прочищая с помощью специальных приспособлений (мандрены и тому подобные), 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 ДС (с учетом рекомендаций фирмы-производителя наконечника), а затем в паровом стерилизаторе;

е) после дезинфекции ИМН многократного применения должны быть отмыты от остатков ДС в соответствии с рекомендациями, изложенными в инструкции по применению конкретного средства;

ж) 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 ДС обусловлен видом оттискного материала. После дезинфекции изделия промывают питьевой водой для удаления остатков ДС;

з) обеззараживание стоматологических отсасывающих систем проводят после окончания работы, для чего через систему прокачивают раствор ДС, 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;

и) полировочные насадки, карборундовые камни, предметные стекла подлежат дезинфекции, очистке и стерилизации;

к) 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;

л) при наличии в стоматологической медицинской организации более 3 (трех) стоматологических кресел, предстерилизационную очистку и стерилизацию проводят в специально выделенных помещениях – стерилизационных (автоклавных), с выделением «чистых» и «грязных» зон и соблюдением поточности;

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

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

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

н) контроль качества предстерилизационной очистки проводят ежедневно. Контролю подлежат: в стерилизационной – 1% от каждого наименования изделий, обработанных за смену; при децентрализованной обработке – 1% одновременно обработанных изделий

каждого наименования, но не менее 3 (трех) единиц. Результаты контроля регистрируют в журнале;

о) 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:

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

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

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

4) лотки для стерильных ИМН, инструменты для работы со стерильным материалом, в том числе пинцеты и емкости для их хранения;

п) стерилизацию ИМН, применяемых в стоматологии, осуществляют физическими (паровой, воздушный, инфракрасный) или химическими (применение растворов химических средств, газовый, плазменный) методами, используя для этого соответствующие стерилизующие агенты и типы оборудования, разрешенные к применению на территории Приднестровской Молдавской Республики. Выбор адекватного метода стерилизации зависит от особенностей стерилизуемых изделий. Стерилизацию осуществляют по режимам, указанным в инструкции по применению конкретного средства и руководстве по эксплуатации стерилизатора конкретной модели.

При стерилизации воздушным методом запрещается использование оборудования, относящегося к лабораторному;

р) наконечники, в том числе ультразвуковые, и насадки к ним, эндодонтические инструменты с пластмассовыми хвостовиками стерилизуют только паровым методом, с использованием автоклавов класса В;

с) боры различного вида и другие мелкие инструменты допускается стерилизовать использованием автоклавов класса В;

т) инфракрасным методом стерилизуют изделия из металлов: стоматологические щипцы, стоматологические микрохирургические инструменты, боры твердосплавные, головки и диски алмазные, дрельборы, каналонаполнители и другие;

у) химический метод стерилизации с применением растворов химических средств допускается применять для стерилизации только тех изделий, в конструкции которых использованы термостабильные материалы, не позволяющие использовать другие методы стерилизации.

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

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

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

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

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

х) стерилизация изделий в неупакованном виде допускается только при децентрализованной системе обработки в следующих случаях:

1) при использовании растворов химических средств для стерилизации изделий, в конструкции которых использованы термолабильные материалы;

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

Все изделия, простерилизованные в неупакованном виде, целесообразно сразу использовать по назначению. Запрещается перенос их из кабинета в кабинет. При необходимости инструменты, простерилизованные в неупакованном виде одним из термических методов, после окончания стерилизации допускается хранить в разрешенных к применению бактерицидных (оснащенных ультрафиолетовыми лампами) камерах в течение срока, указанного в руководстве по эксплуатации оборудования, а в случае отсутствия таких камер – на стерильном столе не более 6 (шести) часов. ИМН, простерилизованные в стерилизационных коробках, допускается использовать в течение не более чем 6 (шести) часов после их вскрытия;

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

ч) при стерилизации изделий в неупакованном виде воздушным методом не допускается хранение простерилизованных изделий в воздушном стерилизаторе и их использование на следующий день после стерилизации;

ш) при стерилизации химическим методом с применением растворов химических средств отмытые стерильной водой простерилизованные изделия используют сразу по назначению или помещают на хранение в стерильную стерилизационную коробку с фильтром, выложенную стерильной простыней, на срок не более 3 (трех) суток;

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

ы) не допускается использование простерилизованных ИМН с истекшим сроком хранения после стерилизации;

э) учет стерилизации ИМН ведут в журнале;

ю) контроль стерилизации осуществляется в соответствии с требованиями разделов 1, 2 настоящих санитарных правил.

## Раздел 6. Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, оборудованию и эксплуатации фельдшерско-акушерских пунктов, амбулаторий

### Глава 39. Общие положения

628. Фельдшерско-акушерские пункты (далее - ФАП), амбулатории разворачиваются в сельской местности, где отсутствует возможность или нет необходимости предусматривать более мощные ООМД.

629. Все действующие ФАП, амбулатории должны иметь санитарно-эпидемиологические заключения организации Госсанэпидслужбы о соответствии санитарным правилам согласно заявленным на лицензирование видам медицинской

деятельности, работ и услуг в порядке, установленном законодательством Приднестровской Молдавской Республики.

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

#### Глава 40. Гигиенические требования к размещению и территории ФАП, амбулаторий

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

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

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

#### Глава 41. Гигиенические требования к зданиям, сооружениям и помещениям ФАП, амбулаторий

634. Состав и площади основных и вспомогательных помещений зависят от численности обслуживаемого населения и определяются заданием на проектирование. Минимальные площади представлены в таблице № 5 Приложения № 3 к настоящим санитарным правилам.

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

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

636. Допускается совмещение туалетов для больных и персонала.

#### Глава 42. Требования к внутренней отделке помещений ФАП, амбулаторий

637. Для внутренней отделки помещений, используются материалы в соответствии с их функциональным назначением и разрешенные для применения в ООМД.

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

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

640. Покрытия пола не должны иметь дефектов должны быть гладкими, плотно пригнанными к основанию. При использовании линолеумных покрытий края линолеума у стен должны быть заведены на стены или подведены под плинтусы или, которые должны

быть плотно закреплены между стеной и полом. Швы примыкающих друг к другу листов линолеума должны быть пропаяны.

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

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

#### Глава 43. Требования к водоснабжению и канализации ФАП, амбулаторий

643. Здание ФАП, амбулаторий должны быть оборудованы системой централизованного водоснабжения или водопроводом от местных источников. При наличии собственного источника водоснабжения водопотребление на ФАП, амбулаториях возможно при наличии санитарно-эпидемиологического заключения организации Госсанэпидслужбы на данный источник. В исключительных случаях, при невозможности устройства водопровода, допускается использование привозной воды в закрытых сменяемых емкостях, ежедневно подвергающихся мойке и дезинфекции. Качество воды для хозяйственно-питьевого назначения должно соответствовать требованиям СанПиН МЗ и СЗ ПМР 2.1.4.1074-07 «Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения. Контроль качества».

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

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

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

#### Глава 44. Требования к отоплению, вентиляции, микроклимату и воздушной среде помещений ФАП, амбулаторий

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

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

649. Здания ФАП, амбулаторий оборудуются естественной вентиляцией (форточки, откидные фрамуги, оборудованные системой фиксации).

#### Глава 45. Гигиенические требования к естественному и искусственному освещению ФАП, амбулаторий

650. Помещения ФАП, амбулаторий с постоянным пребыванием пациентов и персонала должны иметь естественное освещение.

651. Искусственная освещенность (общая и местная), источники света, типы ламп принимаются в соответствии с СанПиН МЗ и СЗ ПМР 2.2.1/2.1.1.1278-12 «Гигиенические требования к естественному, искусственному, и совмещенному освещению жилых и общественных зданий».

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

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

#### Глава 46. Требования к инвентарю и технологическому оборудованию ФАП, амбулаторий

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

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

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

657. Для обеззараживания воздуха и поверхностей кабинеты оборудуют бактерицидными облучателями или другими устройствами обеззараживания воздуха, разрешенными для этой цели на территории Приднестровской Молдавской Республики. При использовании облучателей открытого типа выключатели должны быть выведены за пределы рабочих помещений. Методы применения ультрафиолетового бактерицидного излучения, правила эксплуатации и безопасности бактерицидных установок (облучателей) должны соответствовать требованиям Приказа Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 10 сентября 2009 года № 476 «О введении в действие на территории Приднестровской Молдавской Республики «Инструкцию по применению бактерицидных ламп для обеззараживания воздуха и поверхностей в помещениях» (регистрационный № 5023 от 9 октября 2009 года) (САЗ 09-41).

#### Глава 47. Санитарно-противоэпидемические мероприятия в ФАП, амбулаториях

658. Медицинские работники должны выполнять мероприятия по профилактике ВБИ, предусмотренные настоящими санитарными правилами.

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

Влажная уборка помещений (обработка полов, мебели, оборудования, подоконников, дверей) должна осуществляться не менее 2 (двух) раз в сутки с использованием моющих и ДС, разрешенных к использованию в установленном порядке.

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

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

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

Генеральная уборка (мойка и дезинфекция), процедурных и других помещений с асептическим режимом, проводится 1 (один) раз в неделю.

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

662. 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 другие) должно проводиться незамедлительно.

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

664. В помещениях ФАП, амбулаторий не должно быть синантропных членистоногих, крыс и мышевидных грызунов.

Проведение профилактической обработки (дезинфекции, дезинсекции, дератизации) помещений против синантропных членистоногих, крыс и мышевидных грызунов должно осуществляться в соответствии с требованиями:

а) Приказа Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 23 апреля 2018 года № 205 «О введении в действие СанПиН МЗ ПМР 3.5.2.3472-18 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинсекционных мероприятий в борьбе с членистоногими, имеющими эпидемиологическое и санитарно-гигиеническое значение» (регистрационный № 8249 от 22 мая 2018 года) (САЗ 18-21) с изменением, внесенным Приказом Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31 августа 2018 года № 472 (регистрационный № 8430 от 19 сентября 2018 года) (САЗ 18-38);

б) Приказа Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 23 апреля 2018 года № 206 «О введении в действие СанПиН МЗ ПМР 3.5.3.3223-18 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дератизационных мероприятий по уничтожению грызунов» (регистрационный № 8245 от 18 мая 2018 года) (САЗ 18-20) с изменениями, внесенными Приказом Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31 августа 2018 года № 471 (регистрационный № 8449 от 3 октября 2018 года) (САЗ 18-40).

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

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

Допускается оборудование мини-прачечной в здании ФАП, амбулатории. Мини-прачечная должна иметь не менее 2 (двух) помещений: для сбора, временного хранения и стрики белья второе для сушки, глажения и временного хранения чистого белья.

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

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

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

#### Глава 48. Гигиенические требования к условиям труда и личной гигиене медицинского и обслуживающего персонала ФАП, амбулаторий

670. В основных функциональных, производственных помещениях и на рабочих местах медицинского, обслуживающего и другого персонала должны быть обеспечены гигиенические нормативы параметров микроклимата и воздушной среды.

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

672. Персонал должен проходить предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры и профилактические прививки в порядке, установленном исполнительным органом государственной власти, в ведении которого находятся вопросы здравоохранения.

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

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

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

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

676. Обработка рук медицинского персонала проводится в соответствии с требованиями раздела 1 настоящих санитарных правил.

677. Профилактические мероприятия при загрязнении кожи и слизистых работника кровью или другими биологическими жидкостями, а также при уколах и порезах проводятся в соответствии с требованиями раздела 1 настоящих санитарных правил.

Приложение № 1  
к СанПиН МЗ ПМР 2.1.3.2630-20  
«Санитарно-эпидемиологические требования к организациям,  
осуществляющим медицинскую деятельность»

Примерный план производственного контроля за соблюдением санитарных правил при  
проведении дезинфекционных и стерилизационных мероприятий

Объект контроля	Предмет контроля	Ответственный	Исполнитель	Периодичность
1	2	3	4	5
Поверхности помещений, медицинской мебели, аппаратуры (в том числе аппаратов ИВЛ, наркозно-дыхательной аппаратуры, гемодиализа, искусственного кровообращения, дозирующей аппаратуры, кувезов)	Соблюдение периодичности профилактической дезинфекции (текущих и генеральных уборок)	Старшая медицинская сестра отделения	Средний и младший медицинский персонал отделений	Ежемесячно еженедельно (выборочно)
	Эффективность профилактической дезинфекции	Старшая медицинская сестра отделения	Лаборатория ООМД (при наличии условий), организации, аккредитованные в «Системе аккредитации лабораторий, осуществляющих санитарно-эпидемиологические исследования, испытания» (по договору)	2 раза в год (выбор помещений по графику)
	Эффективность очаговой и заключительной дезинфекции	Старшая медицинская сестра отделения	Лаборатория ООМД (при наличии условий), организации, аккредитованные в «Системе аккредитации лабораторий, осуществляю	При каждом случае инфекционного заболевания и по эпидемиологическим показаниям

			щих санитарно-эпидемиологические исследования, испытания» (по договору)	
Воздух помещений	Эффективность профилактической дезинфекции (бактериальная обсемененность воздуха, КОЕ, золотистый стафилококк) в операционных, родильных залах, процедурных, перевязочных, хирургических кабинетах (в том числе стоматологических, урологических, гинекологических, эндоскопических, процедурных), отделениях переливания крови, гемодиализа	Старшая медицинская сестра	Лаборатория ООМД (при наличии условий), лаборатория, аккредитованная в «Системе аккредитации лабораторий, осуществляющих санитарно-эпидемиологические исследования, испытания» (по договору)	2 раза в год
Системы кондиционирования и увлажнения воздуха, горячего и холодного водоснабжения, бассейнов (водолечебниц)	Проверка грамотной в техническом и гигиеническом отношении эксплуатации объектов на территории ООМД, соблюдения соответствующих инструкций, режимов и требований нормативно-технической документации	Заместитель руководителя по эпидемиологической работе (врач-эпидемиолог)	Инженерно-техническая служба ООМД	2 раза в год
Установка для обеззараживания воздуха	Укомплектованность ООМД необходимым количеством установок с учетом категорий помещений и минимальной длительности эффективного облучения согласно нормативным документам	Заместитель руководителя по эпидемиологической работе (врач-эпидемиолог)	Заместители руководителя по родовспоможению, хирургии, инфекционной службе и других (или заведующие соответствующими отделениями)	Ежегодно
	Обеспечение соблюдения требований эксплуатационной документации к установкам	Ответственное лицо	Средний медицинский персонал отделений	Ежегодно
	Проведение замеров концентрации озона в воздухе обрабатываемых	Инженер по охране труда и техники безопасности	Аккредитованные в установленном порядке	В случае обнаружения характерного запаха озона

	помещений при применении соответствующих установок		организации	
	Своевременная замена ультрафиолетовых ламп	Ответственное лицо	Инженерно-техническая служба ООМД	По показаниям наработки лампы в часах электрическим и счетчиками либо по падению бактерицидного потока лампы ниже номинального в результате замеров радиометрами
	Ведение журнала регистрации и контроля установок для обеззараживания воздуха	Старшая медицинская сестра	Ответственное лицо	Постоянно
	Определение степени снижения микробной обсемененности воздуха после обеззараживания	Заместитель руководителя по эпидемиологической работе (врач-эпидемиолог)	Лаборатория ООМД (при наличии условий), лаборатория, аккредитованная в «Системе аккредитации лабораторий, осуществляющих санитарно-эпидемиологические исследования, испытания» (по договору)	1 раз в год
Химические средства для дезинфекции/стерилизации	Наличие регистрационных удостоверений, сертификатов соответствия на применяемые дезинфицирующие средства, и инструкций по их использованию	Лицо, ответственное за хранение дезинфицирующих средств	Лицо, ответственное за хранение дезинфицирующих средств	При поступлении каждой партии
	Наличие неснижаемого месячного запаса ДС	Главная медицинская сестра	Старшая медсестра отделения	Ежемесячно
	Определение концентрации рабочих растворов дезинфицирующих, стерилизующих средств с использованием химических индикаторов	Старшая медицинская сестра отделения	Средний медицинский персонал, работающий с дезинфицирующими средствами	Еженедельно (не менее 1 пробы каждого вида)
	Лабораторный контроль (физико-химический и аналитический) ДВ	Лицо, ответственное за хранение дезинфицирующих средств	Лицо, ответственное за хранение дезинфицирующих средств,	На этапе приемки каждой партии (при наличии средств

			и аналитическая лаборатория, аккредитованная органом по аккредитации аналитических лабораторий в системе аккредитации аналитических лабораторий (СААЛ) (по договору)	количественно го контроля содержания действующего вещества), при неудовлетворительных результатах химического контроля концентрации рабочих растворов
	Соблюдение условий хранения средства и его рабочих растворов, соблюдение значений параметров режимов применения (заданных концентрации и температуры рабочего раствора, времени выдержки)	Старшая медицинская сестра отделения	Средний медицинский персонал отделений	Ежедневно при каждой обработке (дезинфекции, стерилизации)
	Установки для получения растворов дезинфицирующих средств	Заведующий ЦСО или ответственное лицо в случае отсутствия ЦСО в структуре ООМД	Персонал, работающий с установкой	В соответствии с инструкцией по эксплуатации
ИМН, эндоскопы, предметы ухода за больными	Качество предстерилизационной очистки/окончательной очистки (для эндоскопов)	Заведующий, старшие медицинские сестры ЦСО, заведующие, старшие медицинские сестры отделений (при децентрализованной системе стерилизации)	Средний медицинский персонал ЦСО, средний медперсонал отделений (при децентрализованной системе стерилизации)	Каждая партия обработанных изделий
ИМН, эндоскопы, шланги аппаратов ИВЛ, наркотно-дыхательной аппаратуры, гемодиализа, приспособления к кувезам, предметы ухода за больными	Эффективность дезинфекции, высокого уровня эндоскопов	Заместитель руководителя по эпидемиологической работе (врач-эпидемиолог)	Лаборатория ООМД (при наличии условий), лаборатория, аккредитованная в «Системе аккредитации лабораторий, осуществляющих санитарно-эпидемиологические исследования, испытания» (по договору)	2 раза в год
ИМН, эндоскопы, перевязочные материалы, лекарственные	Контроль стерильности	Заведующий ЦСО, ответственное лицо по	Лаборатория ООМД (при наличии условий),	2 раза в год

формы для внутривенного, внутривенного, внутривенного введения		отделению при децентрализованной системе стерилизации	лаборатория, аккредитованная в «Системе аккредитации лабораторий, осуществляющих санитарно-эпидемиологические исследования, испытания» (по договору)	
Оборудование для дезинфекции и предстерилизационной очистки	Оценка эффективности моющих-дезинфицирующих машин	Заведующий ЦСО, ответственное лицо по отделению при децентрализованной системе стерилизации	Визуальный контроль - ответственное лицо в ЦСО, по отделению; бактериологический контроль - лаборатория ООМД (при наличии условий), лаборатория, аккредитованная в «Системе аккредитации лабораторий, осуществляющих санитарно-эпидемиологические исследования, испытания» (по договору), организация по техническому обслуживанию (по договору)	Ежемесячно
	Наличие разрешительной документации: регистрационного удостоверения, сертификата соответствия, руководства по эксплуатации с указанием режимов дезинфекции, технического паспорта	Заведующий ЦСО, ответственное лицо по отделению (при децентрализованной системе стерилизации)	Заведующий ЦСО, ответственное лицо по отделению (при децентрализованной системе стерилизации)	Ежегодно
Оборудование для стерилизации	Контроль работы	Заведующий ЦСО, ответственное лицо по отделению (при децентрализованной системе стерилизации)	Операторы стерилизаторов в ЦСО, ответственное лицо по отделению (при децентрализованной системе стерилизации)	Контроль герметичности камер паровых стерилизаторов, контроль температурного режима с помощью максимальных термометров,

			, лаборатория ООМД (при наличии условий), лаборатория, аккредитованная в «Системе аккредитации лабораторий, осуществляющих санитарно-эпидемиологические исследования, испытания» (по договору), организация по техническому обслуживанию (по договору)	проверка плотности удаления воздуха из стерилизуемых изделий, контроль эффективности сушки текстильных материалов, визуальный контроль с помощью физико-химических методов - при каждом цикле, бактериологический - 2 раза в год, технический - при неисправности
	Наличие разрешительной документации: регистрационного удостоверения, сертификата соответствия, руководства по эксплуатации с указанием режимов дезинфекции, технического паспорта	Заведующий ЦСО, ответственное лицо по отделению (при децентрализованной системе стерилизации)	Заведующий ЦСО, ответственное лицо по отделению (при децентрализованной системе стерилизации)	Ежегодно
Дезинфекционные камеры	Контроль работы	Заведующий прачечно-дезинфекционного блока ООМД	Оператор дезинфекционной камеры, лаборатория ООМД (при наличии условий), лаборатория, аккредитованная в «Системе аккредитации лабораторий, осуществляющих санитарно-эпидемиологические исследования, испытания» (по договору), организации по техническому обслуживанию (по договору)	Визуальный контроль с помощью физико-химических методов - при каждом цикле, Бактериологический - ежеквартально, технический - при неисправности
	Наличие разрешительной документации:	Заведующий прачечно-дезинфекционн	Заведующий прачечно-дезинфекцион	Ежегодно

	регистрационного удостоверения, сертификата соответствия, руководства по эксплуатации с указанием режимов дезинфекции, технического паспорта	ого блока ООМД	ного блока ООМД, любой другой организации, аккредитованной на проведение данных работ (по договору)	
Утилизация отходов	Сбор и утилизация, соблюдение условий эксплуатации установок по обеззараживанию отходов (при их наличии в ООМД)	Ответственное лицо по ООМД за утилизацию отходов	Ответственное лицо, назначенное заведующим отделением	Ежедневно
	Вывоз медицинских отходов с территории ООМД	Заместитель руководителя по хозяйственной части или начальник АХЧ	Организация, аккредитованная в установленном порядке на данные работы (по договору)	Ежедневно - отходы класса А, Б, В (при отсутствии на территории ООМД установки по обезвреживанию отходов)
Качество проведения работ по дератизации	Обследование объекта на наличие грызунов	Заместитель руководителя по хозяйственной части или начальник АХЧ	Организация, аккредитованная в установленном порядке на данные работы (по договору)	1 раз в месяц
Качество проведения работ по дезинсекции	Обследование объекта на наличие членистоногих, имеющих санитарно-гигиеническое значение	Заместитель руководителя по хозяйственной части или начальник АХЧ	Организация, аккредитованная в установленном порядке на данные работы (по договору)	2 раза в месяц

Приложение № 2  
к СанПиН МЗ ПМР 2.1.3.2630-20  
«Санитарно-эпидемиологические требования к организациям,  
осуществляющим медицинскую деятельность»  
(справочное)

### Термины и определения

1. Амбулаторно-поликлинические организации – ООМД, оказывающие медицинскую помощь населению, как на дому, так и непосредственно в самой ООМД (без круглосуточного пребывания).

2. Антисептика - система мероприятий, направленных на уничтожение микроорганизмов в ране, патологическом очаге, органах и тканях, а также в организме больного в целом.

3. Асептика, асептический режим - организационные и санитарно-противоэпидемические мероприятия, применяемые с целью предотвращения попадания микробов в рану.

4. Блок врача-стоматолога (бормашина) - оборудование, предназначенное для размещения стоматологических наконечников и приведения их в движение (электро- или пневмоприводом). Может обеспечивать также подачу воды на наконечники и размещение

иных инструментов. Может крепиться на кресле стоматологическом, мебели, стене или мобильном основании.

5. Бокс - комплекс лечебных, санитарно-гигиенических и вспомогательных помещений, предназначенных для госпитализации и проведения лечебно-диагностических мероприятий больным инфекционных больниц или отделений. Бокс состоит из следующих обязательных элементов: тамбур для входа с улицы, помещение для пациента (палата), санитарный узел, шлюз для входа персонала из коридора отделения. Вход в санитарный узел предусматривается непосредственно из помещения пациента (палаты). Боксы обеспечивают возможность полной изоляции больных. Пациент поступает в бокс и выписывается из него через уличный тамбур. Вход персонала в боксы осуществляется из коридора отделения через шлюзы, в которых проводится смена спецодежды, мытье и дезинфекция рук.

6. Бокс приемно-смотровой - обязательный элемент приемных отделений детских, инфекционных и психиатрических больниц, предназначенный для индивидуального приема пациентов и являющийся функциональным аналогом смотровых кабинетов многопрофильных больниц. В состав помещений приемно-смотрового бокса входят: тамбур для входа с улицы, помещение для осмотра больного (смотровая), кабина для туалета с умывальником, шлюз для входа персонала из коридора приемного отделения.

7. Боксированная палата - это помещение, предназначенное для изоляции больного и состоящее из палаты, санузла и шлюза со входом в санитарный узел из палаты. Подпор воздуха подается в шлюз.

8. Внутрибольничная инфекция (ВБИ) - любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения за медицинской помощью, вне зависимости от появления симптомов заболевания у пациента - во время пребывания в стационаре или после его выписки, - а также инфекционное заболевание сотрудника лечебной организации вследствие его инфицирования при работе в данной организации (Европейское региональное бюро ВОЗ).

9. Внутриутробное инфицирование - проникновение инфекционного агента в организм плода в период внутриутробного развития или во время родов, позволяющее предполагать потенциальный риск реализации инфекционно-воспалительного процесса у ребенка в постнатальном периоде. Термин не должен использоваться в качестве диагноза.

10. Внутриутробная инфекция (далее - ВУИ) - любое клинически выраженное инфекционное заболевание микробного происхождения плода в результате его инфицирования в ante- или интранатальный периоды. В подавляющем большинстве случаев плод инфицируется от матери, в отдельных случаях (инвазивные вмешательства в период беременности, фетальная хирургия) возможно ятрогенное инфицирование плода. К ВУИ относят также врожденные инфекции, при которых инфицирование плода произошло антенатально и к моменту рождения имеются клинические признаки инфекции.

11. Генеральная уборка - влажная уборка помещений (всех поверхностей ограждающих конструкций, мебели и оборудования) с применением дезинфицирующих средств способами протирания и/или орошения с последующим обеззараживанием воздуха.

12. Гигиеническая обработка рук - совокупность методических приемов, включающих применение моющего или антисептического средства, для удаления загрязнений и транзитной микрофлоры с кожи кистей рук медицинского персонала.

13. Гидроблок стоматологический - оборудование, включающее плевательницу, систему подачи воды для наполнения стакана пациента и смыва плевательницы, крепление слюноотсоса, пылесоса и иных инструментов и приспособлений стоматолога как в полном объеме, так и отдельных частей, обеспечивает подключение таковых к необходимым коммуникациям. Может крепиться на кресле пациента стоматологическом, мебели, стене или мобильном основании.

14. «Грязные» помещения - это помещения в основном для хранения использованных материалов. К «грязным» относятся загрузочные ЦСО и дезинфекционных камер, приемные прачечных, помещения для временного хранения грязного белья, мусорные камеры, туалеты и тому подобные.

15. Дезинфекция - совокупность средств и методов, направленных на уничтожение (умерщвление) патогенных и условно патогенных микроорганизмов на объектах внешней среды.

16. Дезинфекционные мероприятия - применение дезинфицирующих, дезинсекционных, дератизационных средств для уничтожения возбудителей инфекционных болезней и их переносчиков на различных объектах при профилактической и очаговой (текущая и заключительная) дезинфекции.

17. Дезинфекционные средства - дезинфицирующие, стерилизующие, дезинсекционные и дератизационные средства, применяемые для профилактики и борьбы с инфекционными, паразитарными заболеваниями человека, обеспечивающие умерщвление возбудителей вышеуказанных заболеваний, их переносчиков и резервуаров сохранения.

18. Дезинфицирующее средство - физическое или химическое средство, включающее дезинфицирующий агент или действующее вещество.

19. Инактивация микроорганизмов - потеря способности микроорганизмов к размножению.

20. Класс чистоты помещений - допустимый уровень бактериальной обсемененности воздушной среды помещений в зависимости от их функционального назначения. По степени нормируемого микробного загрязнения помещения подразделяются на следующие классы чистоты:

а) класс А - особо чистое помещение,

б) класс Б - чистое помещение,

в) класс В - условно чистое помещение, количество микроорганизмов не нормируется;

г) класс Г - «грязное» помещение, количество микроорганизмов не нормируется.

21. Колониеобразующая единица (КОЕ) - совокупность микробных клеток, выросших в виде изолированных колоний на питательной среде.

22. Коэффициент естественного освещения - процентное отношение уровня естественной освещенности на рабочем месте к одновременно измеренной освещенности под открытым небом.

23. «Красная черта» - условная линия, отделяющая помещения операционного блока от зоны помещений общепольничного режима. При необходимости персонал других отделений лечебной организации должен проходить в операционный блок из зоны общепольничного режима только через санитарные пропускники, с соблюдением всех санитарных требований.

24. Кратность воздухообмена - соотношение объема подаваемого (удаляемого) воздуха в час к объему данного помещения.

25. Кресло стоматологическое - оборудование (пневмо- или электрическое), предназначенное для физиологически комфортного размещения пациента при проведении стоматологических манипуляций. Должно обеспечивать положение пациента сидя, лежа, а также его перемещение по высоте для обеспечения наиболее оптимального доступа врача. Конструкция должна обеспечивать оптимальную возможность дезинфекции поверхностей.

26. Медицинская деятельность – совокупность работ и услуг по оказанию соответствующих видов медицинской помощи.

27. Микробиологический мониторинг - важный параметр эпидемиологического надзора, позволяющий определить этиологическую структуру ВБИ, обнаружить циркуляцию госпитальных штаммов, оценить качество дезинфекционно-стерилизационного режима, а также выявить предвестники эпидемиологического неблагополучия, своевременно и целенаправленно провести профилактические мероприятия.

28. Обработка рук хирургов - комплекс методических приемов, включающий в себя гигиеническое мытье рук (кистей, запястий и предплечий) с последующей их обработкой кожным антисептиком, для уничтожения транзитной, а также снижения количества резидентной (естественной) микрофлоры.

29. Организация - это юридическое лицо либо структурное подразделение юридического лица, осуществляющее медицинскую деятельность на основании лицензии и в соответствии с законодательством, регулирующим оказание медицинских услуг.

30. Организация, осуществляющая медицинскую деятельность (ООМД) - медицинские организации, независимо от организационно-правовой формы и формы собственности, основным видом деятельности которых является амбулаторно-поликлиническая и/или стационарная медицинская помощь, а также другие индивидуальные предприниматели и юридические лица, для которых осуществляемая медицинская деятельность не является основной.

31. Оснащение рабочего места врача-стоматолога - рекомендуемый перечень оборудования, аппаратов и приборов, инструментов, материалов и медикаментов, используемых для оказания амбулаторно-поликлинической стоматологической помощи.

32. Палата - помещение, в котором осуществляется диагностика, лечение, наблюдение и уход за пациентами.

33. Палата совместного пребывания - палата, предназначенная для совместного пребывания пациента и лица, его сопровождающего, чаще всего ребенка и матери.

34. перевязочная асептическая - предназначена для проведения перевязок, ревизии ран, снятия послеоперационных швов с ран, заживших первичным натяжением, и других аналогичных манипуляций у больных, не имеющих симптоматики гнойно-септических инфекционных заболеваний.

35. перевязочная септическая - предназначена для пациентов, перенесших операции по поводу гнойных процессов, ревизии ран, снятия послеоперационных швов с ран, заживших вторичным натяжением, и других аналогичных манипуляций у больных, имеющих симптоматику гнойно-септических инфекционных заболеваний.

36. Переоборудование - частичная или полная замена медицинского, технологического или инженерного оборудования в связи с появлением новых моделей и технологий, а также в результате их физического износа.

37. Перепланировка, реконструкция - комплекс проектных, строительных, монтажных и отделочных работ, проводимых с целью изменения конфигурации помещения, подразделения, здания. При этом их функциональное назначение может как изменяться, так и сохраняться.

38. Перепрофилирование - изменение функционального назначения помещения, подразделения, здания, которое может проводиться с перепланировкой и заменой медицинского, технологического и инженерного оборудования.

39. Перинатальный медицинский центр - это организация, в которой проводятся консультации, лечение и реабилитация беременных и родивших женщин, а также новорожденных, в том числе второй этап выхаживания, осуществляются ведение беременности и родов, диагностика и лечение всех видов бесплодия, используются вспомогательные репродуктивные технологии.

40. Предстерилизационная очистка изделий медицинского назначения - удаление с изделий, подлежащих стерилизации, любых органических (белковых, жировых и других) и неорганических загрязнений, в том числе остатков лекарственных средств.

41. Производственные помещения ООМД - это помещения, в которых осуществляется лечебно-диагностический процесс, а также помещения, параклинических служб (пищеблок, ЦСО, дезинфекционная камера, аптека и прочие). Бытовые и административные помещения производственными не являются.

42. Профилактическая дезинфекция - комплекс дезинфекционных мероприятий для снижения микробной контаминации различных объектов, количества членистоногих и грызунов, которые проводятся при отсутствии инфекционных или паразитарных заболеваний с целью предупреждения их возникновения и распространения.

43. Разряд стоматологической ООМД - показатель, характеризующий объем и номенклатуру стоматологических услуг, работ и технологий.

44. Рентгеновские аппараты - специализированные стоматологические рентгеновские аппараты для проведения рентгенодиагностики в стоматологии, в том числе аппараты с высокочувствительным приемником изображения.

45. Светильник операционный - лампа, обеспечивающая освещение рабочего поля врача-стоматолога. Имеет характеристики необходимого спектра света и количества рефлекторных поверхностей. Может крепиться на кресле пациента стоматологическом, мебели, стене или мобильном основании.

46. Средства индивидуальной защиты - это средства защиты персонала от физических, биологических и химических факторов окружающей среды. К ним относятся: перчатки, маски, очки, щитки, фартуки, нарукавники, обувь, спецодежда и другие.

47. Стерилизация изделий медицинского назначения - уничтожение (умерщвление) на (в) изделиях микроорганизмов всех видов, находящихся на всех стадиях развития, включая споровые формы.

48. Стерилизующее средство - физический или химический агент, способный вызывать гибель всех видов организмов, находящихся на любой стадии развития, включая споровые формы.

49. Стоматологическая установка - совокупность механизмов и приспособлений, включающая блок врача-стоматолога (бормашина), кресло стоматологическое, гидроблок стоматологический, светильник операционный. Данные части могут быть закреплены на единой несущей станине, либо крепиться взаимно, либо отдельно к несущим конструкциям (стене, мебели).

50. Стоматологические медицинские организации - юридические лица, независимо от их организационно-правовой формы и формы собственности, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие оказание всех видов стоматологической помощи.

51. Технологические потоки «грязные» - потоки, представляющие опасность возникновения и распространения внутрибольничных инфекционных заболеваний (использованный инструментарий, грязное белье, медицинские отходы и другие)

52. Технологические потоки «чистые» - потоки, не представляющие опасности возникновения и распространения внутрибольничных инфекционных заболеваний (стерильный инструментарий, лекарственные средства, чистое белье, пища и другие).

53. Фильтр-бокс - предусматривается в детских амбулаторно-поликлинических организациях общего профиля (поликлиники) для предварительного осмотра детей и состоит из помещений фильтра (рабочее место медицинского работника) и 2 (двух) помещений для осмотра, один из которых имеет выход наружу.

54. Эпидемиологический надзор за ВБИ - система мониторинга за динамикой эпидемического процесса внутрибольничных инфекций (носительство, заболеваемость, летальность), факторами и условиями, влияющими на их распространение, анализ и обобщение полученной информации для разработки профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Приложение № 3  
к СанПиН МЗ ПМР 2.1.3.2630-20  
«Санитарно-эпидемиологические требования к организациям,  
осуществляющим медицинскую деятельность»

Таблица № 1  
Площадь земельного участка на 1 койку

Коечная емкость стационара	50	150	От 300 до 400	От 500 до 600	800	1000
Площадь земельного участка на 1 койку в м <sup>2</sup>	300	200	150	100	80	60

Таблица № 2

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

## Параметры микроклимата в помещениях постоянного пребывания сотрудников

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

Таблица № 4

## Параметры микроклимата в помещениях временного пребывания сотрудников

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

Таблица № 5

## Рекомендуемые минимальный набор и площади помещений

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

Приложение № 4  
к СанПиН МЗ ПМР 2.1.3.2630-20  
«Санитарно-эпидемиологические требования к организациям,  
осуществляющим медицинскую деятельность»

Минимальные площади помещений

№ п/п	Наименование помещений	Площадь (м <sup>2</sup> )
	1. Площади на одну койку в палатах различного назначения и вместимости	
	1.1. Палаты на одну койку	
1	Интенсивной терапии, в том числе для ожоговых больных	18
2	Нейрохирургические, ортопедотравматологические, радиологические, ожоговые (кроме отделений интенсивной терапии), восстановительного лечения, медико-социальные (в том числе в хосписах), диагностические палаты, палаты для больных, передвигающихся с помощью кресел-колясок	12
3	Индивидуальная родовая палата с кроватью-трансформером	24
4	Индивидуальная родовая палата	30
5	Для новорожденных (изолятор)	6
6	Для детей до 7 лет, с круглосуточным пребыванием матерей	12
7	Для взрослых или детей старше 7 лет, с сопровождающим	14
8	Прочие, в том числе предродовые	10
	1.2. Палаты на две койки и более	
	Для взрослых и детей старше 7 лет	
9	Интенсивной терапии, реанимации	13
10	Нейрохирургические, ортопедотравматологические, радиологические, ожоговые (кроме отделений интенсивной терапии), восстановительного лечения, медико-социальные (в том числе в хосписах), диагностические палаты, палаты для больных, передвигающихся с помощью кресел-колясок	10
11	Инфекционные, в том числе туберкулезные	8
12	Психиатрические общего типа и наркологические	6
13	Психиатрические надзорные	7
14	Прочие, в том числе предродовые	7
	Для детей до 7 лет	
15	Интенсивной терапии, реанимации	13
16	С дневным пребыванием матерей	8
17	С круглосуточным пребыванием матерей	12
18	Нейрохирургические, ортопедотравматологические, радиологические, ожоговые (кроме отделений интенсивной терапии), восстановительного лечения, медико-социальные (в том числе в хосписах), диагностические палаты, палаты для больных, передвигающихся с помощью кресел-колясок	9
19	Инфекционные, в том числе туберкулезные	7
20	Психиатрические общего типа	5
21	Психиатрические надзорные	6
22	Прочие	6
	Для детей до 1 года, в том числе для новорожденных	
23	Интенсивной терапии для новорожденных	9
24	Для детей с круглосуточным пребыванием матерей	10
25	Для детей с дневным пребыванием матерей	8
	В палатах без пребывания матерей:	
26	- на 1 кровать	4,5
27	- на 1 кювез	6
	2. Консультативные, лечебные, диагностические помещения, помещения восстановительного лечения, общие для разных структурных подразделений	
28	Кабинет-офис для приема пациентов без проведения осмотра (психолог, юрист, социальный работник и другие)	10
29	Кабинет врача (фельдшера) для приема взрослых пациентов (без специализированных кресел, аппаратных методов диагностики, лечения и парентеральных вмешательств), кабинет предрейсовых/послерейсовых осмотров	12
30	Кабинет врача (фельдшера) для приема детей (без специализированных кресел, аппаратных методов диагностики, лечения и парентеральных вмешательств)	15
31	Кабинет врача, со специально оборудованным рабочим местом (гинеколог, уролог, проктолог, офтальмолог, оториноларинголог, генетик и другие)	18
32	Манипуляционная, смотровая с аппаратными методами	16

	диагностики и лечения, в том числе при кабинете врача-специалиста	
33	Перевязочная	18
34	Процедурная для внутривенных вливаний, забора венозной крови, внутримышечных, внутрикожных инъекций, экстракорпоральной гемокоррекции, прививочный кабинет, процедурная врача-косметолога с парентеральными вмешательствами	12
35	Малая операционная	24
36	Предоперационная при малой операционной	6
37	Шлюз при малой операционной	4
38	Помещение (с туалетом) для временного пребывания пациента после амбулаторных оперативных вмешательств	6 на 1 место, но не менее 9
39	Комната приготовления аллергенов	6
39.1	Комната хранения и разведения вакцины БЦЖ, хранения вакцины против гепатита В в акушерском стационаре	6
40	Кабинет для занятий малых (до 5 человек) групп (логопедических, психотерапевтических и другие)	18
41	Кабинеты электросветолечения, теплолечения, лазерной терапии, магнитотерапии, кислородной терапии, иглорефлексотерапии, лечения электросном и другие	6 на 1 место, но не менее 12
42	Кабинет для занятий групп более 5 человек (логопедический, психотерапевтический, гипнотарий и другие)	4 на место, но не менее 24
43	Шлюз при кабинетах врачебного приема	2
44	Темная комната офтальмолога	4
45	Аудиометрическая кабина (кроме кабин, поставляемых в виде готового изделия)	3
46	Процедурная эндоскопии	18
47	Помещение для мойки и обработки эндоскопов	8
48	Кабинет индивидуальной условно-рефлекторной терапии	12
49	Кабинет групповой условно-рефлекторной терапии	6 на 1 место, но не менее 20
50	Кабинет грязелечения, ванный зал	8 на 1 место (ванну), но не менее 12
51	Кабинет ингаляционной терапии	3 на 1 место, но не менее 10
52	Процедурные галотерапии, спелеотерапии и тому подобные	6 на 1 место, но не менее 18
53	Солярий вертикальный	3 на 1 место, но не менее 12
54	Солярий горизонтальный	4 на 1 место, но не менее 12
55	Зал лечебной физкультуры для групповых занятий, тренажерный зал	5 на 1 место, но не менее 20
56	Зал обучения ходьбе	36
57	Кабинеты механотерапии, трудотерапии	4 на 1 место, но не менее 12
58	Кабинеты массажа, мануальной терапии	8 на 1 кушетку, но не менее 10
59	Душевой зал с кафедрой (площадь уточняется в зависимости от количества душей)	24
60	Помещения подводного душа-массажа, вихревых, вибрационных ванн, четырехкамерных ванн	12
61	Помещение контрастных ванн	32
62	Процедурная кабинета магнитно-резонансной томографии	25 (уточняется)

		технически ми требования ми оборудован ия)
63	Комната управления магнитно-резонансной томографии	10
64	Подготовительная пациента при кабинете магнитно-резонансной томографии	4
	3. Специфические помещения отдельных структурных подразделений	
	3.1. Приемные отделения	
65	Фильтр-бокс детских поликлиник, приемно-смотровой бокс стационаров	15
66	Санитарный пропускник для пациентов	8 (с душем) 12 (с ванной)
67	Помещение (место) для хранения каталок и кресел-колясок	2 на каталку 1 на кресло-коляску, но не менее 6
68	Фильтр для приема рожениц и беременных	8
69	Помещение временного хранения вещей больных	0,3 на 1 койку, но не менее 6
70	Предреанимационная	12
71	Реанимационный зал	30
72	Родовой бокс:	
	- уличный тамбур	2
	- помещение санитарной обработки рожениц	12
	- индивидуальная родовая палата с кроватью - трансформером	24
	- индивидуальная родовая палата	30
	- туалет	3
	- подготовительная с душем для персонала	4
	3.2. Прочие помещения палатных отделений	
73	Комната для игр детей, помещение дневного пребывания для детей и взрослых	0,8 на койку, но не менее 12
74	Пост дежурной медицинской сестры	6
75	Буфетная с оборудованием для мойки столовой посуды	15
76	Столовая для больных	1,2 на 1 посадочное место
77	Столовая для больных на креслах-колясках	2,5 на 1 посадочное место
78	Шлюз при палате	3
79	Туалет с умывальником при палате	3
80	Душевая при палате	3
81	Санузел (туалет, умывальник, душ)	6
82	Ванная с подъемником	12
83	Клизменная	8
	3.3. Операционные блоки, отделения реанимации и интенсивной терапии	
84	Операционная общепрофильная (в том числе эндоскопическая и лапароскопическая)	36
85	Операционная для проведения ортопедо-травматологических и нейрохирургических операций	42
86	Операционная для проведения операций на сердце с использованием аппарата искусственного кровообращения (АИК), рентгенооперационная	48
87	Предоперационная для одной общепрофильной операционной	10
88	Предоперационная для двух общепрофильных (одной специализированной) операционных	12
90	Помещение подготовки больного, наркозная	12
91	Инструментально-материальная, помещения для хранения	4 на

	стерильного, шовного материалов, растворов	каждую операционную, но не менее 10
92	Стерилизационная для экстренной стерилизации	10
93	Помещение разборки и мытья инструментов, в том числе эндоскопического оборудования	10, плюс 2 на каждую операционную свыше 4
94	Помещение для мойки и обеззараживания наркозно-дыхательной аппаратуры	12, плюс 2 на каждую операционную выше 4
95	Кладовая наркозно-дыхательной аппаратуры	8, плюс 2 на каждую операционную свыше 4
96	Помещение для хранения и подготовки крови и кровезаменителей к переливанию	8
97	Протокольная (предусматривается при наличии более 4-х операционных)	15
98	Помещение для хранения послеоперационных отходов	4
99	Помещение хранения и подготовки гипса и гипсовых бинтов	6
100	Перевязочная с ванной и подъемником для ожоговых больных	30
101	Комната психологической разгрузки	18
102	Помещение временного хранения трупов	6
	3.4. Отделения гемодиализа и детоксикации	
103	Диализный зал с постом дежурной медицинской сестры	14 на одно диализное место
104	Помещение водоподготовки	10
105	Склад солей	2 на каждое диализное место, но не менее 8
106	Кладовая растворов	1,5 на каждое диализное место, но не менее 8
107	Помещение ремонта диализных аппаратов	12
108	Процедурная для проведения перитонеального диализа	16
	3.5. Диагностические лаборатории	
109	Лаборантская (в том числе гематологическая, биохимическая, эмбриологическая, гистологическая и другие)	6 на каждое рабочее место, но не менее 12
110	Помещение приема и регистрации биоматериала для лабораторных исследований	8
111	Помещение взятия проб капиллярной крови	4 на каждое рабочее место, но не менее 9
112	Лаборатория срочных анализов	12
113	Автоклавная для обеззараживания	12
	3.6. Отделения производственной трансфузиологии	
114	Процедурная на 1 кресло со шлюзом для забора донорской крови, плазмафереза	4 на каждое кресло, но не менее 14+2
115	Бокс (с предбоксом) для фракционирования крови	10+4
116	Процедурная (со шлюзом) для аутоплазмафереза	14+2
117	Помещение для карантинизации плазмы, помещения хранения неапробированных компонентов крови, хранения кровезаменителей, временного хранения и выдачи крови и ее заменителей	10

118	Помещение отдыха доноров	12
	3.7. Лаборатория экстракорпорального оплодотворения (ЭКО)	
119	Малая операционная	24
	-предоперационная	8
	-шлюз для входа пациентов	2
120	Манипуляционная для взятия яйцеклетки и имплантации оплодотворенной яйцеклетки (предусматривается в случае отсутствия операционной)	18
121	Эмбриологическая лаборантская с кабинетом генетика	18+12
122	Помещение сдачи спермы	6
123	Криохранилище	10
	3.8. Патологоанатомические отделения и бюро судебно-медицинской экспертизы	
124	Помещение приема трупов	6
125	Кладовая для хранения вещей умерших	4
126	Помещение хранения трупов с кассетным холодильным шкафом	определяется габаритами оборудования, но не менее 12
127	Секционная на 1 стол	18 на стол и 12 на каждый последующий
128	Предсекционная	10
129	Комната приема и регистрации биопсийного и аутопсийного материала	6
130	Препараторская	10
131	Фиксационная	6
132	Архив влажного аутопсийного и биопсийного материала	8
129	Архив микропрепаратов и блоков биопсий	8
130	Помещение одевания трупов	10
131	Кладовые консервирующих растворов, ядов и летучих веществ	6
132	Кладовая похоронных принадлежностей	6
133	Траурный зал	30
134	Помещение хранения трупов до отправки на кремацию	15
135	Помещение хранения урн с прахом до выдачи родственникам	6
136	Помещение священнослужителя	8
137	Кабинеты врачебного освидетельствования живых лиц	По площадям кабинетов для приема пациентов
138	Кабинет для работы с документами	10
139	Помещение хранения вещественных доказательств и ценностей	6
140	Архив гистологического материала	12
	4. Вспомогательные, служебные и бытовые помещения, общие для всех структурных подразделений	
141	Кабинет заведующего отделением	16
142	Комната персонала	12
143	Помещение старшей медицинской сестры	10
144	Ординаторская	6 на 1 врача, но не менее 12
145	Кабинет дежурного врача	10
146	Помещение для студентов	
147	Помещение для преподавателей	
148	Помещение сестры-хозяйки отделения	8
149	Помещение хранения чистого белья и постельных принадлежностей	4
150	Помещение хранения расходного материала и медикаментов	4
151	Помещение хранения наркотических средств и психотропных веществ	4
152	Медицинский архив	0,3 на одну

		койку, 4 на 100 посещений в смену, но не менее 12
153	Конференц-зал (с учетом эстрады и оснащения кресел попитрами)	0,9 на одно место
154	Кладовая вещей больных	0,2 на одну койку
155	Гардеробная уличной одежды персонала	0,08 на 1 крючок
156	Гардеробная домашней и рабочей одежды персонала	0,5 на 1 индивидуальный шкаф
157	Вестибюль-гардеробная для посетителей	0,5 на 1 посетителя
159	Раздевальная для пациентов при лечебных и диагностических кабинетах	1,3 на одно место, но не менее 2
160	Туалет с умывальником для персонала	3
161	Душ для персонала	3
162	Помещение временного хранения грязного белья	4
163	Помещение хранения предметов уборки и дезинфицирующих растворов	4
164	Помещение временного хранения медицинских отходов	4
165	Санитарная комната (временное хранение грязного белья, мед. отходов, мойка суден)	8
166	Помещение для хранения передвижного рентгеновского аппарата, переносной аппаратуры	8
165	Помещение для слива	2

Приложение № 5  
к СанПиН МЗ ПМР 2.1.3.2630-20  
«Санитарно-эпидемиологические требования к организациям,  
осуществляющим медицинскую деятельность»

Состав, набор и минимальные рекомендуемые площади помещений стоматологических  
ООМД\*\*

Наименование помещений	Минимальная площадь, м <sup>2</sup>	Примечания
1	2	3
Вестибюльная группа с регистратурой, гардеробом верхней одежды и ожидальной	10	На каждого взрослого пациента по 1,2 м <sup>2</sup>
		На каждого ребенка с учетом пребывания одного из родителей – 2 м <sup>2</sup>
Кабинет врача (стоматолога-терапевта, хирурга, ортопеда, ортодонта, детского стоматолога)	14	С увеличением на 10 м <sup>2</sup> на каждую дополнительную стоматологическую установку (7 м <sup>2</sup> на дополнительное стоматологическое кресло без установки)
Кабинет врача в общеобразовательных учреждениях	12	
Кабинет гигиены рта	10	С учетом ограниченного объема лечебной помощи
Операционный блок:		
предоперационная	6	При отсутствии центральной стерилизационной, инструментарий из операционной поступает на стерилизацию в предоперационную, где
операционная	20	
комната временного пребывания пациента после операции	4	

		предусматривается стерилизационная, при этом площадь предоперационной увеличивается, как минимум, на 2 м <sup>2</sup>
Рентгеновский кабинет на 1 дентальный рентгеновский аппарат для прицельных снимков	6*	Уменьшение площади возможно при соблюдении подпункта а) пункта 619 главы № 37 раздела № 5 настоящих санитарных правил
Стерилизационная	6	Площадь принимается в соответствии с технологическим обоснованием (габариты оборудования и прочие), но не менее 6 м <sup>2</sup>
Зуботехническая лаборатория: помещение зубных техников	7	4 м <sup>2</sup> на 1 техника, но не более 10 техников в одном помещении
Специализированные помещения: полимеризационная, гипсовочная, полировочная, паяльная	7	При наличии зуботехнической лаборатории на 1 - 2 штатных единицы зубных техников, возможно ее размещение в 2-х кабинетах – в одном из кабинетов совмещаются процессы гипсовки, полировки, полимеризации, пайки, в другом – рабочее место зубного техника. При этом площадь обоих кабинетов должна быть не менее 14 м <sup>2</sup>
литейная	4	В зависимости от технологии и габаритов оборудования площадь может быть изменена
Физиотерапевтическое отделение:		
кабинет электросветолечения, лазеротерапии	12	6 м <sup>2</sup> на 1 аппарат
кабинет гидротерапии	12	6 м <sup>2</sup> на 1 аппарат
кабинет УВЧ, СВЧ и ультрафиолетового облучения	12	6 м <sup>2</sup> на 1 аппарат
кабинет физиотерапии	12	6 м <sup>2</sup> на 1 аппарат
Административные, подсобные и вспомогательные помещения:		
кабинет заведующего (администратора)	8	На каждого работающего в смену по 1,5 м <sup>2</sup> . Верхняя одежда может быть размещена в шкафу-купе
комната персонала с гардеробом	6	
кабинет старшей медицинской сестры	8	Может быть объединена с кабинетом старшей медицинской сестры, при этом площадь кабинета старшей медсестры не увеличивается
помещение хранения медикаментов и наркотических материалов	6	
помещения хранения изделий медицинского назначения	6	Могут размещаться в шкафах-купе в коридорах и подвальных помещениях
кладовая грязного белья	3	
кладовая чистого белья	3	
туалет для пациентов	3	При количестве стоматологических кресел в стоматологической медицинской организации не более 3 допускается наличие 1 туалета для пациентов и персонала
туалет для персонала	3	
Примечание:		
*Площади для других кабинетов и вспомогательных помещений рентгенологического отделения – в действующих санитарных правилах, регламентирующих требования к источникам ионизирующих излучений.		
**В минимальный набор помещений для работы стоматологической медицинской организации входят: вестибюльная группа, кабинет врача-стоматолога, комната персонала, туалет, кладовая		

Приложение № 6  
к СанПиН МЗ ПМР 2.1.3.2630-20  
«Санитарно-эпидемиологические требования к организациям,  
осуществляющим медицинскую деятельность»

Класс чистоты, рекомендуемый воздухообмен, допустимая и расчетная температура

Наименование помещений	Класс чистоты помещений	Санитарно-микробиологические показатели		Допустимая температура воздуха (расчетная)	Рекомендуемый воздухообмен в 1 час, не менее*		Кратность вытяжки при естественном воздухообмене
		Общее количество микроорганизмов в 1 м <sup>3</sup> воздуха (КОЕ/м <sup>3</sup> )			приток	вытяжка	
		до начала работы	во время работы				
1	2	3	4	5	6	7	8
Операционные, послеоперационные палаты, реанимационные залы (палаты), в том числе для ожоговых больных, палаты интенсивной терапии, родовые, манипуляционные - туалетные для новорожденных	А	Не более 200	Не более 500	21 - 24 (21)	100% от расчетного воздухообмена, но не менее десятикратного для асептических помещений 80% от расчетного воздухообмена, но не менее восьмикратного для септических помещений	80% от расчетного воздухообмена, но не менее восьмикратного для асептических помещений 100% от расчетного воздухообмена, но не менее десятикратного для септических помещений	Не допускается
Послеродовые палаты, палаты для ожоговых больных, палаты для лечения пациентов в асептических условиях, в том числе для иммунокомпromетированных.	Б	Не более 500	Не более 750	21 - 23 (22)	100% от расчетного воздухообмена, но не менее десятикратного	100% от расчетного воздухообмена, но не менее десятикратного	Не допускается
Послеродовые палаты с совместным пребыванием ребёнка, палаты для недоношенных, грудных, травмированных,	Б	Не более 500	Не более 750	23 - 27 (24)	100% от расчетного воздухообмена, но не менее десятикратного	По 100% от расчетного воздухообмена, но не менее десятикратного	Не допускается

новорожденных (второй этап выхаживания),							
Шлюзы в боксах и полубоксах инфекционных отделений	В	Не нормируется		22 - 24 (22)	По расчету, но не менее 5-ти кратного обмена		Не допускается
Рентгенооперационные, в том числе ангиографические	Б	Не более 500	Не более 750	20 - 26 (20)	12	10	Не допускается
стерилизационные при операционных ЦСО:	Б	Не более 500	Не более 750	20 - 27 (20)	3	-	2
чистая и стерильная зоны (контроля, комплектования и упаковки чистых инструментов, помещения для подготовки перевязочных и операционных материалов и белья, стерилизации, экспедиции)	Б	Не более 500	Не более 750	20 - 27 (20)	100% от расчетного воздухообмена, но не менее десятикратного	80% от расчетного воздухообмена, но не менее восьмикратного	Не допускается
грязная зона (приема, разборки, мытья и сушки медицинских инструментов и изделий медицинского назначения)	Г	Не нормируется	Не нормируется	20 - 27 (20)	80% от расчетного воздухообмена, но не менее восьмикратного	100% от расчетного воздухообмена, но не менее десятикратного	Не допускается
Боксы палатных отделений, боксированные палаты	В	Не нормируется	Не нормируется	20 - 26 (20)	Из расчёта 80 м <sup>3</sup> /час на 1 койку	Из расчёта 80 м <sup>3</sup> /час на 1 койку	2,5
Палатные секции инфекционного отделения, в том числе туберкулёзные.	В	Не нормируется	Не нормируется	20 - 26 (20)	Из расчёта 80 м <sup>3</sup> /час на 1 койку	Из расчёта 80 м <sup>3</sup> /час на 1 койку	Не допускается
Палаты для взрослых больных, помещения для матерей детских отделений	В	Не нормируется	Не нормируется	20 - 26 (20)	Из расчёта 80 м <sup>3</sup> /час на 1 койку	Из расчёта 80 м <sup>3</sup> /час на 1 койку	2
Шлюзы перед палатами для новорожденных	В	Не нормируется	Не нормируется	22 - 24 (22)	По расчету, но не менее 5	-	Не допускается
Кабинеты врачей,	В	Не нормируется	Не нормируется	20 - 27 (20)	Из расчёта 60 м <sup>3</sup> /час на	Из расчёта 60 м <sup>3</sup> /час	1

помещения дневного пребывания пациентов, Кабинеты функциональн ой диагностики, процедурные эндоскопии (кроме бронхоскопии)		я	я		1 человека	на 1 человека	
Залы лечебной физкультуры	В	Не нормируетс я	Не нормируетс я	18 - 28 (18)	80% от расчетного воздухообм ена (80 м <sup>3</sup> /час на 1 занимающег ося)	100% от расчетног о воздухооб мена (80 м <sup>3</sup> /час на 1 занимающ егося)	2
Процедурные магнитно- резонансной томографии	В	Не нормируетс я	Не нормируетс я	20 - 23 (20)	100% от расчетного воздухообм ена на удаление теплоизбыт ков	100% от расчетног о воздухооб мена на удаление теплоизбы тков	Не допускае тся
Процедурные и асептические перевязочные, процедурные бронхоскопии	Б	Не более 300	Не нормируетс я	22 - 26 (20)	8	6	Не допускае тся
Процедурные с применением аминазина	В	Не нормируетс я	Не нормируетс я	22	8	10	Не допускае тся
Процедурные для лечения нейролептикам и	В	Не нормируетс я	Не нормируетс я	18	-	3	2
Малые операционные	Б	Не более 500	Не более 750	20 - 24 (20)	10	5	1
Диспетчерские , комнаты персонала, комнаты отдыха пациентов после процедур	Г	Не нормируетс я	Не нормируетс я	20	Приток из коридора	1	1
Процедурные и раздевальные рентгендиагно стических флюорографич еских кабинетов, кабинеты электросветоле чения, массажный кабинет	Г	Не нормируетс я	Не нормируетс я	20 - 26 (20)	3	4	Не допускае тся
Комнаты управления рентгеновских кабинетов и радиологическ	Г	Не нормируетс я	Не нормируетс я	18 (18)	3	4	Не допускае тся

их отделений, фотолаборатории							
Монтажные и моечные кабинетов искусственной почки, эндоскопии, аппаратов искусственного кровообращения, растворные-деминерализационные	Г	Не нормируется	Не нормируется	18 (18)	-	3	2
Ванные залы (кроме радоновых), помещения подогрева парафина и озокерита, лечебные плавательные бассейны. Помещения (комнаты) для санитарной обработки больных, душевые	Г	Не нормируется	Не нормируется	25 - 29 (25)	3	5	3
Раздевальные в отделениях водо- и грязелечения	Г	Не нормируется	Не нормируется	23 - 29 (23)	Приток по балансу вытяжки из ванных и грязевых залов		2
Помещения радоновых ванн, залы и кабинеты грязелечения для полосных процедур, душевые залы	Г	Не нормируется	Не нормируется	25 - 29 (25)	4	5	Не допускается
Помещения для хранения и регенерации грязи.	Г	Не нормируется	Не нормируется	12	2	10	Не допускается
Помещения приготовления раствора сероводородных ванн и хранения реактивов	Г	Не нормируется	Не нормируется	20	5	6	Не допускается
Помещения для мойки и сушки простыней, холстов, брезентов, грязевые кухни.	Г	Не нормируется	Не нормируется	16	6	10	Не допускается
Кладовые	Г	Не	Не	18	-	1	1

(кроме хранения реактивов), технические помещения (компрессорные, насосные и тому подобные), мастерские по ремонту аппаратуры, архивы		нормируется	нормируется				
Санитарные комнаты, помещения сортировки и временного хранения грязного белья, помещения мойки, носилок и клеенок, помещение сушки одежды и обуви выездных бригад.	Г	Не нормируется	Не нормируется	18	-	5	5
Кладовые кислот, реактивов и дезинфицирующих средств	Г	Не нормируется	Не нормируется	18	-	5	5
Регистратуры, справочные вестибюли, гардеробные, помещения для приема передач больным, помещения выписки, ожидальные, буфетные, столовые для больных, молочная комната	Г	Не нормируется	Не нормируется	18	-	1	1
Помещение для мытья и стерилизации столовой и кухонной посуды при буфетных и столовых отделений, парикмахерские для обслуживания больных	Г	Не нормируется	Не нормируется	18	2	3	2
Хранилища радиоактивных веществ, фасовочные и	Г	Не нормируется	Не нормируется	18	5	6	Не допускается

мочные в радиологических отделениях							
Помещения для рентген и радиотерапии	Г	Не нормируется	Не нормируется	20 - 26 (20)	По соответствующим санитарным правилам		
Кабинеты электро-, свето-, магнито-, теплолечения, лечения ультразвуком.	Г	Не нормируется	Не нормируется	20 - 27 (20)	2	3	Не допускается
Помещения дезинфекционных камер:	Г	Не нормируется	Не нормируется	16			Не допускается
приемно-загрузочные;					Из чистого помещения	5	
разгрузочные (чистые) отделения					5	Через «грязные» отделения	
Секционные, музеи и препараторские при патологоанатомических отделениях	Г	Не нормируется	Не нормируется	16 - 22 (16)	-	4	Не допускается
Помещения одевания трупов, выдачи трупов, кладовые похоронных принадлежностей, для обработки и подготовки к захоронению инфицированных трупов, помещения для хранения хлорной извести.	Г	Не нормируется	Не нормируется	14 - 20 (14)	-	3	Не допускается
Санузлы	Г	Не нормируется	Не нормируется	20 - 27 (20)	-	50 м <sup>3</sup> на 1 унитаз и 20 м <sup>3</sup> на 1 писсуар	3
Клизменная	Г	Не нормируется	Не нормируется	20 - 27 (20)	-	5	2
Клинико-диагностические лаборатории (помещения для исследований)	Г	Не нормируется	Не нормируется	20 - 26 (20)	-	3	2
Аптеки							
Помещения для приготовления лекарственных форм в асептических условиях	А	200	500	18	4	2	Не допускается
Ассистентская, дефектарская,	Б	500	750	18	4	2	1

заготовочная и фасовочная, закатоchnая и контрольно-маркировочная, стерилизационная-автоклавная, дистилляционная							
Контрольно-аналитическая, моечная, распаковочная	Г	Не нормируется	Не нормируется	18	2	3	1
Помещения хранения основного запаса:	Г	Не нормируется	Не нормируется	18			
а) лекарственных веществ, готовых лекарственных препаратов, в том числе и термолабильных и предметов медицинского назначения; перевязочных средств.					2	3	1
б) минеральных вод, медицинской стеклянной и оборотной транспортной тары, очков и других предметов оптики, вспомогательных материалов, чистой посуды					-	1	1
Помещения для приготовления и фасовки ядовитых препаратов и наркотиков	Г	Не нормируется	Не нормируется	18	-	3	3
Легко воспламеняющихся и горючих жидкостей	Г	Не нормируется	Не нормируется	18	-	10	5

\*Примечание: кратность в графе приток указана для наружного воздуха. Расчетный воздухообмен должен обеспечивать выполнение требований к параметрам воздушной среды, указанной в настоящей таблице.

«Санитарно-эпидемиологические требования к организациям,  
осуществляющим медицинскую деятельность»

Предельно-допустимые концентрации (ПДК) и классы опасности лекарственных средств в  
воздухе помещений ООМД

№ п/п	Определяемое вещество	ПДК в мг/м <sup>3</sup> Класс опасности	Методики определения
1	Диэтиловый эфир	300; IV	МУ МЗ и СЗ ПМР 2767-04
2	Трихлорэтилен	10	«Фотометрическое измерение концентрации трихлорэтилен», МУ МЗ и СЗ ПМР 2767-04 «Газохроматографическое определение концентрации трихлорэтилена в воздухе», введенные в действие Приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 3 августа 2004 года № 454 (регистрационный № 2916 от 6 сентября 2004 года) (САЗ 04-37)
3	Хлористый этил	50; IV	
4	Диоксид азота	5 (в перерасчете на 02)	РД 52.04.1-02 «Руководство по контролю загрязнения атмосферы», утвержденное Приказом Министерства природных ресурсов и экологического контроля Приднестровской Молдавской Республики от 15 июля 2002 года № 159 (регистрационный № 2916 от 9 сентября 2002 года) (САЗ 02-37)
5	Формальдегид	0,5; II. А	РД 52.04.1-02 «Руководство по контролю загрязнения атмосферы», утвержденное Приказом Министерства природных ресурсов и экологического контроля Приднестровской Молдавской Республики от 15 июля 2002 года № 159 (регистрационный № 2916 от 9 сентября 2002 года) (САЗ 02-37); МУ МЗ и СЗ ПМР 3917-04 «Фотометрическое определение формальдегида в воздухе», введенные в действие Приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 3 августа 2004 года № 454 (регистрационный № 2916 от 6 сентября 2004 года) (САЗ 04-37)
6	Метил-2-метилпроп-2-еноат (Метилметакрилат) для воздуха рабочей зоны	20/10; III	
7	Метил-2-метилпроп-2-еноат (Метилметакрилат) для атмосферного воздуха	0,1/0,01; III	
8	Взвешенные вещества *	0,5/0,15; III	РД 52.04.1-02 «Руководство по контролю загрязнения атмосферы», утвержденное Приказом Министерства природных ресурсов и экологического контроля Приднестровской Молдавской Республики от 15 июля 2002 года № 159 (регистрационный № 2916 от 9 сентября 2002 года) (САЗ 02-37)
9	Кальций сульфат дигидрат (гипс)	2,0 III	МУ МЗ и СЗ ПМР 1719-04 «Гравиометрическое определение пыли в воздухе», введенные в действие Приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 3 августа 2004 года № 454 (регистрационный №

			2916 от 6 сентября 2004 года) (САЗ 04-37)
10	Висмут и его неорганические соединения	0,5 П	
11	Цирконий	6,0 III	
12	Титан	-/10 IV	
13	Хром(VI)триоксид	0,03/0,01 I	МУ МЗ и СЗ ПМР № 1633-04 «Фотометрическое определение хромового ангидрида», введенные в действие Приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 3 августа 2004 года № 454 (регистрационный № 2916 от 6 сентября 2004 года) (САЗ 04-37)
14	диХромтриоксид (по хрому III)	3/1 III	МУ МЗ и СЗ ПМР № 1633-04 «Фотометрическое определение хромового ангидрида», введенные в действие Приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 3 августа 2004 года № 454 (регистрационный № 2916 от 6 сентября 2004 года) (САЗ 04-37)

\*Примечание: в воздухе рабочей зоны взвешенные вещества не нормируются, нормируются различные виды пыли, в том числе гипс (кальций сульфат дигидрат).

Приложение № 8  
к СанПиН МЗ ПМР 2.1.3.2630-20  
«Санитарно-эпидемиологические требования к организациям,  
осуществляющим медицинскую деятельность»

Нормируемые показатели естественного, искусственного и совмещенного освещения основных помещений ООМД

Помещения	Рабочая поверхность и плоскость нормирования КЕО и освещенности (Г – горизонтальная, В – вертикальная) и высота плоскости над полом, м	Естественное освещение		Совмещенное освещение		Искусственное освещение				
		КЕО еН, %		КЕО еН, %		Освещенность, лк			Показатель дискомфорта М, не более	Коэффициент пульсации освещенности, Кп, %, не более
		при верхнем или комбинированном освещении	при боковом освещении	при верхнем или комбинированном освещении	при боковом освещении	при комбинированном освещении		при общем освещении		
						всего	от общего			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Палатные отделения										
Приемные фильтры, фильтры-боксы	Г-0,0	—	—	—	—	—	—	100	25	15
Палаты отделений для взрослых	Г-0,0	2,0	0,5	—	—	—	—	100	25	15
Палаты: детских отделений, для новорожденных; интенсивной терапии, послеоперационные, палаты матери и ребенка	Г-0,0	3,0	1,0	—	—	—	—	200	25	15

Классные комнаты детских стационаров/отделений	Г-0,8	4,0	1,5	—	—	—	—	500	15	10
Игровые комнаты	Г-0,0	4,0	1,5	—	—	—	—	400	15	10
Помещения приема пищи	-0,8	—	—	1,5	0,5	—	—	200	60	20
Процедурные, манипуляционные	Г-0,8	4,0	1,5	2,4	0,9	—	—	500	40	10
Посты медсестер	Г-0,8	—	—	1,5	0,4	—	—	300	40	15
Комнаты дневного пребывания	Г-0,8	2,5	0,7	1,5	0,4	—	—	200	60	20
Помещения хранения переносной аппаратуры	Г-0,0	—	—	—	—	—	—	75	—	—
Операционный блок, реанимационный зал, перевязочные, родовые отделения										
Операционная	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	500	40	10
Родовая, диализационная, реанимационные залы, перевязочные	Г-0,8	4,0	1,5	2,4	0,9	—	—	500	40	10
Предоперационная	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	300	40	15
Монтажные аппаратов искусственного кровообращения, искусственной почки и так далее	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	400	20	10
Помещение хранения крови	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	200	40	20

Помещение хранения и приготовления гипса	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	75	—	—
Отделения консультативного приема, кабинеты диагностики и лечения										
Регистратуры, диспетчерские	Г-0,8	—	—	1,5	0,4	—	—	200	60	20
Кабинеты хирургов, акушеров, гинекологов, травматологов, педиатров, инфекционистов, дерматологов, аллергологов, стоматологов; смотровые		4,0	1,5	2,4	0,9	—	—	500	40	10
Кабинеты приема врачей других специальностей, фельдшеров (кроме приведенных выше)	Г-0,8	3,0	1,0	1,8	0,6	—	—	300	40	15
Темные комнаты офтальмологов	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	20	—	10
Кабинеты функциональной диагностики, физиотерапии	Г-0,8	—	—	1,8	0,6	—	—	300	40	15
Процедурные эндоскопических кабинетов	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	300	40	15
Процедурные рентгенодиагностики	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	50	—	—

Процедурные радиологической диагностики и терапии	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	400	40	10
Помещения бальнеотерапии и, душевые залы	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	200	60	20
Помещения трудотерапии	Г-0,8	3,0	1,0	1,8	0,6	—	—	300	40	15
Помещения для лечения сном, фотарии	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	50	—	—
Кабинеты массажа, лечебной физкультуры, тренажерные залы	Г-0,8	—	—	1,5	0,4	—	—	200	60	20
Помещения подготовки парафина, озокерита, обработки прокладок, стирки и сушки простыней, холстов, брезентов, регенерации грязи	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	75	—	—
Лаборатории ООМД										



Ассистентская, асептическая, аналитическая, фасовочная, заготовочная концентратов и полуфабрикатов, контрольно-маркировочная	Г-0,8	—	—	2,4	0,9	600	400	500	40	10
Моечные	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	200	60	20
Помещения хранения лекарственных и перевязочных средств, посуды	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	100	—	—
Помещение хранения кислот, дезинфекционных средств, горючих и легковоспламеняющихся жидкостей	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	75	—	—
Стерилизационные и дезинфекционные помещения										
Стерилизационная - автоклавная, помещение приема и хранения материалов	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	200	40	20
Помещение подготовки инструментов	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	200	40	20
Помещение ремонта и заточки инструментов	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	300	40	15

Помещение дезинфекционных камер	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	75	—	—
Патологоанатомические отделения										
Секционная	Г-0,8	3,5	1,2	2,1	0,7	—	—	400	40	10
Предсекционная, фиксационная	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	200	60	20
Помещения пищеблоков										
Раздаточные	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	300	60	20
Горячие, холодные, доготовочные, заготовочные цехи	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	200	60	20
Моечные посуды	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	200	60	20
Загрузочные, кладовые	Г-0,8	—	—	—	—	—	—	75	—	—

Примечание: освещенность помещений, не указанных в настоящей таблице, принимается в соответствии с требованиями санитарных норм по естественной и искусственной освещенности.

Приложение № 9  
к СанПиН МЗ ПМР 2.1.3.2630-20  
«Санитарно-эпидемиологические требования к организациям,  
осуществляющим медицинскую деятельность»

Перечень изделий медицинской техники и медицинского назначения, используемых в  
медицинской и фармацевтической деятельности и подлежащих санитарно-  
эпидемиологической и гигиенической оценке

1. Изделия медицинские из латекса и клеев.
2. Катетеры.
3. Мешки (дыхательных контуров).
4. Напальчники медицинские.
5. Перчатки анатомические, хирургические.
6. Средства предохранения (презервативы).
7. Изделия медицинские, санитарно-гигиенические и предметы ухода за больными;
8. Программно-технические комплексы для автоматизированных систем, автоматизации и обработки медицинской информации.
9. Бумага и изделия бытового, санитарно-гигиенического и медицинского назначения разового пользования (полотенца бумажные, платки носовые бумажные, пеленки и подгузники бумажные, салфетки бумажные, пакеты гигиенические женские и другие).
10. Оборудование кондиционирования воздуха, сантехническое, камбузное, медицинское и другое.
11. Устройства перевода речи и аппараты слуховые электронные.
12. Изделия медицинские метражные (марля, бинты, салфетки, повязки, полотна).
13. Вата и изделия ватные (из хлопковых, химических и шерстяных волокон).
14. Вата гигроскопическая (глазная, хирургическая, гигиеническая, оптическая).
15. Вата медицинская компрессная (нерасфасованная, расфасованная).
16. Изделия чулочно-носочные из синтетической пряжи и нитей медицинского назначения.
17. Изделия медицинские из хлопчатобумажной пряжи, искусственных и синтетических нитей и пряжи, чистошерстяной и полушерстяной пряжи в смеси с другими волокнами и нитями (пряжей) общего назначения – наколенники, налокотники, голеностопы, напульсники, фиксирующие повязки, чехлы для культей, оболочки для протезов.
18. Юбки, халаты, блузки, фартуки, жилеты, платья и сорочки рабочие и специального назначения.
19. Головные уборы рабочие и специального назначения.
20. Материалы хирургические, средства перевязочные специальные.
21. Лейкопластыри и пластыри (простой, бактерицидный, технический, мозольный, перцовый).
22. Изделия протезно-ортопедические.
23. Протезы (экзопротезы) для верхних и нижних конечностей.
24. Аппараты, изготовленные из полимерных материалов для верхних и нижних конечностей.
25. Туторы для верхних и нижних конечностей.
26. Корсеты, реклинаторы, обтураторы и прочие изделия.
27. Бандажи и изделия к протезно-ортопедической продукции (грыжевые, дородовые, послеродовые, лечебные, лифы).
28. Шприцы-инъекторы, шприцы многодозового и однократного использования, изготовленные из полимерных материалов без игл.
29. Турбоингаляторы.
30. Инструменты медицинские из полимерных материалов.
31. Инструменты режущие с приводом.
32. Приборы и аппараты медицинские.

33. Приборы для медицины, биологии и физиологии.
34. Кардиокомплексы.
35. Приборы и аппараты для диагностики, кроме измерительных (в части измерений и оценки шумовых характеристик, электромагнитных полей).
36. Приборы эндоскопические и увеличительные.
37. Аппараты рентгеновские медицинские диагностические (в части измерений и оценки шумовых характеристик, электромагнитных полей).
38. Приборы радиодиагностические (в части измерений и оценки шумовых характеристик, электромагнитных полей).
39. Очки.
40. Приборы и аппараты для лечения.
41. Приборы и аппараты для электролечения низкочастотные.
42. Аппараты для электролечения высокочастотные и квантовые.
43. Приборы и аппараты для магнитотерапии.
44. Приборы и аппараты для воздействия ультрафиолетовыми и инфракрасными лучами.
45. Эндоскопы для лечения.
46. Приборы и аппараты радиотерапевтические, рентгенотерапевтические (в части измерений и оценки шумовых характеристик, электромагнитных полей).
47. Приборы и аппараты ультразвуковые.
48. Аппараты ингаляционного наркоза, вентиляции легких, аэрозольтерапии, компенсации и лечения кислородной недостаточности.
49. Аппараты вакуумно-нагнетательные, для вливания и ирригации.
50. Аппараты и устройства для замещения функций органов и систем организма.
51. Оборудование санитарно-гигиеническое, средства перемещения и перевозки, изготовленные с использованием полимерных и синтетических материалов, контактирующих с кожей человека.
52. Оборудование дезинфекционно-стерилизационное, моечное, для санитарной обработки, действующее на основе ультрафиолетового излучения, ультразвука, СВЧ.
53. Оборудование для очистки и обогащения воздуха.
54. Установки стоматологические.
55. Оборудование стоматологическое, зубопротезное, оториноларингологическое.
56. Линзы для коррекции зрения контактные мягкие.

Приложение № 10  
к СанПиН МЗ ПМР 2.1.3.2630-20  
«Санитарно-эпидемиологические требования к организациям,  
осуществляющим медицинскую деятельность»

1. Допустимые уровни физических факторов, создаваемые изделиями медицинской техники

Таблица № 1

Допустимые уровни звука, создаваемые изделиями медицинской техники

Тип изделия	Уровни звукового давления, в дБ, в октавных полосах со среднегеометрическими частотами, Гц									Уровень звука LA(экв)/L <sub>Амакс</sub> (дБА)
	31,5	63	125	250	500	1000	2000	4000	8000	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Оборудование, предназначенное для круглосуточного	74	56	44	36	29	25	22	19	18	30 / 40

использования (для мониторинга в палатах пациентов, в отделениях реанимации и тому подобное)										
Оборудование, предназначенное для работы в повторно-кратковременном режиме, для использования старшим и средним медицинским персоналом или населением (программно-диагностические комплексы, приборы для функциональной диагностики, аэроионизационное оборудование, кислородные концентраторы и тому подобное)	81	64	53	45	39	35	32	30	28	40 / 50
Оборудование, предназначенное для работы в непрерывном или повторно-кратковременном режиме, для использования старшим медицинским персоналом (аппараты ИВЛ и НДА, электрохирургическое оборудование, лазерные установки, ультразвуковые сканеры и тому подобное)	81	64	53	45	39	35	32	30	28	40 / 50
Оборудование, предназначенное для работы в непрерывном и повторно-кратковременном режиме, для использования старшим и средним медицинским персоналом:										
- физиотерапевтическое, рентгенологическое оборудование, лечебные стоматологические установки и тому	86	71	61	54	49	45	42	40	38	50 / 60

подобное; - отсасыватели, ирригаторы, инсуффляторы, изделия медицинской техники, содержащие в составе насосы, компрессоры и тому подобные	93	79	70	63	58	55	52	50	49	60 / 70
Оборудование, предназначенное для работы в кратковременном и повторно- кратковременном режиме, для использования старшим и средним медицинским персоналом (магнитно- резонансные томографы, литотриптеры и тому подобные*)	93	79	70	63	58	55	52	50	49	60 / 80
Оборудование, предназначенное для непрерывной работы при кратковременном пребывании среднего и младшего медицинского персонала (стерилизационно- дезинфекционное, моечное оборудование и тому подобное)	96	83	74	68	63	60	57	55	54	65 / 80
Оборудование, предназначенное для кратковременного использования средним медицинским персоналом (оборудование для зубопротезного производства и тому подобное)	100	87	79	72	68	65	63	61	59	70 / 80

\*Примечание: допускается превышение максимального уровня звука при условии использования комплекса мер защиты, обеспечивающего снижение воздействующих уровней до нормативных величин.

Таблица № 2

Допустимые уровни воздушного ультразвука, создаваемые изделиями медицинской техники

Среднегеометрические частоты третьоктавных полос, кГц	12,5	16,0	20,0	25,0	От 31,5 до 100,0
--	------	------	------	------	---------------------

Уровень звукового давления, дБ	70	80	90	95	100
--------------------------------	----	----	----	----	-----

Таблица № 3

Допустимые уровни контактного ультразвука, создаваемые изделиями медицинской техники

Среднегеометрические частоты октавных полос, кГц	Пиковые значения виброскорости, м/с	Уровень виброскорости, дБ	Интенсивность, Вт/см <sup>2</sup>
От 16 до 63	5.10 <sup>-3</sup>	100	0,03
От 125 до 500	8,9.10 <sup>-3</sup>	105	0,06
От 1.103 до 31,5.103	1,6.10 <sup>-2</sup>	110	0,1

Таблица № 4

Допустимые уровни инфразвука, создаваемые изделиями медицинской техники

Среднегеометрические частоты октавных полос, Гц	2	4	8	16
Уровень звукового давления, дБ	75	70	65	60

Примечание: общий уровень звукового давления в диапазоне частот от 1,4 Гц до 22 Гц не должен превышать 75 дБ.

Таблица № 5

Допустимые уровни общей вибрации, создаваемой изделиями медицинской техники, эксплуатируемыми в дневное время суток

Среднегеометрические частоты октавных полос, Гц	Допустимые значения по осям X <sub>0</sub> , Y <sub>0</sub> , Z <sub>0</sub>			
	Виброускорение		Виброскорость	
	м/с <sup>2</sup> x 10 <sup>-3</sup>	дБ	м/с x 10 <sup>-4</sup>	дБ
2	10,0	80	7,9	84
4	11,0	81	4,5	79
8	14,0	83	2,8	75
16	28,0	89	2,8	75
31,5	56,0	95	2,8	75
63	110,0	101	2,8	75
Действующий скорректированный или эквивалентный скорректированный уровень	10	80	2,8	75

Таблица № 6

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

Среднегеометрические частоты октавных полос, Гц	Допустимые значения по осям X <sub>0</sub> , Y <sub>0</sub> , Z <sub>0</sub>			
	Виброускорение		Виброскорость	
	м/с <sup>2</sup> x 10 <sup>-3</sup>	дБ	м/с x 10 <sup>-4</sup>	дБ
2	4,0	72	3,2	76
4	4,5	73	1,8	71
8	5,6	75	1,1	67
16	11,0	81	1,1	67
31,5	22,0	87	1,1	67
63	45,0	93	1,1	67
Действующий скорректированный или эквивалентный скорректированный уровень	4,0	72	1,1	67

Таблица № 7

Допустимые уровни локальной вибрации в октавных полосах 8-1000 Гц, создаваемые изделиями медицинской техники

Среднегеометрические частоты октавных полос, Гц	Допустимые значения по осям Хл, Ул, Зл			
	Виброускорение		Виброскорость	
	м/с <sup>2</sup>	дБ	м/с x 10 <sup>-3</sup>	дБ
8	0,45	113	8,9	105
16	0,45	113	4,5	99
31,5	0,89	119	4,5	99
63	1,8	125	4,5	99
125	3,5	131	4,5	99
250	7,0	137	4,5	99
500	14,0	143	4,5	99
1000	28,0	149	4,5	99
Действующий корректированный или эквивалентный корректированный уровень	0,63	116	6,3	102

Примечание: при оценке локальной вибрации по величине полного среднеквадратичного значения корректированного виброускорения ( $a_{hv}$ ), уровни контролируемого показателя не должны превышать 0,5 м/с<sup>2</sup>.

Таблица № 8

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

Среднегеометрические частоты, Гц	Допустимые значения по осям Хл, Ул, Зл							
	Виброускорение				Виброскорость			
	м/с <sup>2</sup> x 10 <sup>-2</sup>		дБ		м/с x 10 <sup>-2</sup>		дБ	
	в 1/3 октаве	в 1/1 октаве	в 1/3 октаве	в 1/1 октаве	в 1/3 октаве	в 1/1 октаве	в 1/3 октаве	в 1/1 октаве
1600	0,282		149		0,282		95	
2000	0,355	0,631	151	156	0,282	0,501	95	100
2500	0,447		153		0,282		95	
3150	0,562		155		0,282		95	
4000	0,708	1,259	157	162	0,282	0,501	95	100
5000	0,891		159		0,282		95	
6300	1,122		161		0,282		95	
8000	1,413	2,512	163	168	0,282	0,501	95	100
10000	1,778		165		0,282		95	

Таблица № 9

Допустимые уровни электромагнитных полей диапазона частот 30 кГц-300 ГГц, создаваемые изделиями медицинской техники

Диапазоны частот	От 30 до 300 кГц	От 0,3 до 3 МГц	От 3 до 30 МГц	От 30 до 300 МГц	От 0,3 до 300 ГГц
	Допустимые уровни	25	15	10	3

Примечание: допускается проводить одночисловую оценку напряженности электромагнитного поля, создаваемого изделиями медицинской техники в диапазоне частот от 30 кГц до 300 МГц, при отсутствии превышения допустимого уровня в 3 В/м.

Таблица № 10

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

Контролируемый параметр	ПДУ
Напряженность электрического поля, кВ/м	0,5
Напряженность магнитного поля, А/м	4

Таблица № 11

Временные допустимые уровни синусоидальных электромагнитных полей диапазона частот свыше 1 Гц до 50 Гц

Контролируемый параметр	Временный допустимый уровень
Напряженность электрического поля, кВ/м	25/f1)
Индукция магнитного поля, мкТл	250/f1)

Примечание: f – частота действующего электромагнитного поля.

Таблица № 12

Временные допустимые уровни синусоидальных электромагнитных полей диапазона частот свыше 50 Гц до 10 кГц и свыше 10 кГц до 30 кГц

Контролируемый параметр	Временный допустимый уровень в диапазоне частот	
	свыше 50 Гц до 10 кГц	свыше 10 кГц до 30 кГц
Напряженность электрического поля, В/м	50	25
Напряженность магнитного поля, А/м	4	-

Таблица № 13

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

Контролируемый параметр	ПДУ
Напряженность электрического поля частотой 50 Гц, кВ/м	0,5
Напряженность (индукция) магнитного поля частотой 50 Гц, А/м (мкТл)	4(5)

Таблица № 14

Временные допустимые уровни постоянного магнитного поля

Вид воздействия	Временные допустимый уровень магнитной индукции, мТл
Общее	1,0
Локальное	1,5

Примечание: временные допустимые уровни постоянного магнитного поля (ПМП) установлены с учетом возможности действия фактора на отдельные особо важные участки и части тела человека (например, область сердца, голова и другие) при эксплуатации некоторых изделий медицинской техники (ИМТ), предназначенных для использования населением без специального контроля времени применения (например, магнитные стимуляторы, слуховые аппараты специальной конструкции и тому подобные).

Таблица № 15

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

Контролируемый параметр	Временный допустимый уровень
Индукция импульсного магнитного поля с частотой следования импульсов свыше 0 Гц до 100 Гц, мТл	0,175

Таблица № 16

Допустимые уровни напряженности электростатического поля при работе изделий медицинской техники и электризуемости используемых материалов

Контролируемый параметр	ПДУ
Напряженность электростатического поля, кВ/м	15
Электростатический потенциал, В	500
Электризуемость материалов (по показателю напряженности электростатического поля), кВ/м	7

Таблица № 17

Временные допустимые уровни электромагнитных полей, создаваемых изделиями медицинской техники, оснащенными видеодисплейными терминалами

Наименование параметра		ВДУ ЭМП
Напряженность электрического поля	в диапазоне частот 5 Гц - 2 кГц	25 В/м
	в диапазоне частот 2 кГц - 400 кГц	2,5 В/м
Плотность магнитного потока	в диапазоне частот 5 Гц - 2 кГц	250 нТл
	в диапазоне частот 2 кГц - 400 кГц	25 нТл
Электростатический потенциал экрана видеомонитора или напряженность электростатического поля		500 В 15 кВ/м

Таблица № 18

Допустимые визуальные параметры устройств отображения информации изделий медицинской техники

Параметры	Допустимые значения
Яркость белого поля	Не менее 35 кд/м <sup>2</sup>
Неравномерность яркости рабочего поля	Не более + 20%
Контрастность (для монохромного режима)	Не менее 3:1
Временная нестабильность изображения (непреднамеренное изменение во времени яркости изображения на экране дисплея)	Не должна фиксироваться

Таблица № 19

Допустимые уровни излучений видимого и инфракрасного диапазонов от экранов изделий медицинской техники

Вид изделий	Спектральный диапазон	Длина волны, нм	Допустимая интенсивность излучения, Вт/м <sup>2</sup>
Экраны видеомониторов, осциллографы приборов, плазменные панели приборов	Видимый	От 400 до 760	0,1
	Ближний ИК диапазон	От 760 до 1050	0,05
	ИК диапазон	Свыше 1050	4

Таблица № 20

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

Параметры микроклимата	Допустимые значения
Температура воздуха, °С	
в холодный период года	От 22 до 24
в теплый период года	От 21 до 23
Относительная влажность воздуха, %	От 30 до 60
Скорость движения воздуха м/с, не более	0,2

\*Примечание: работа изделий медицинской техники не должна сопровождаться изменением параметров микроклимата, выходящими за пределы допустимых значений, указанных в таблице № 20.

Таблица № 21

Допустимая максимальная температура рукояток и поверхностей изделий медицинской техники, предназначенных для контакта пользователя

Материал	Температура поверхностей (°С) при продолжительности контакта		
	не более 1 минуты	не более 10 минут	Без ограничения времени
Непокрытый металл	51	43	40
Покрытый металл	51	43	40
Керамика, стекло, камень	56	43	40
Пластик	60	43	40
Дерево	60	43	40

Примечание:

1. Оптимальным является диапазон температур от 25,0°С до 40,0°С без ограничения продолжительности контакта.

2. Указанные требования применимы к относительно небольшим поверхностям отдельных частей тела человека.

Таблица № 22

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

Место измерения	Температура поверхностей, °С, не менее
Рукоятки инструментов и других поверхностей изделий медицинской техники, предназначенных для контакта пользователя,	От 15 до 19
То же для вибрирующего оборудования	21,5

Таблица № 23

Допустимая интенсивность теплового облучения от изделий медицинской техники

Облучаемая поверхность тела, %	Интенсивность теплового облучения, Вт/м <sup>2</sup>
50 и более	35
От 25 до 50	70
Не более 25	100

Примечание: интенсивность теплового облучения, создаваемая светильниками хирургическими и другими осветительными приборами на уровне головы человека, не должна превышать 60 Вт/м<sup>3</sup>.

Таблица № 24

Допустимые уровни оптического излучения видимого диапазона изделий медицинской техники

Параметры оптического излучения	Допустимые значения, не более
Яркость светящихся поверхностей, кд/м <sup>2</sup>	200
Яркость источников света от светостимуляторов (светодиодов), предназначенных для непосредственного воздействия на глаза, кд/м <sup>2</sup>	20
Мощность излучения в максимуме рабочего импульса, мВт	0,5
Показатель ослепленности (для оборудования, предназначенного для выполнения зрительных работ), усл. ед.:	
I-II разряда	20
III, IV, V, VI, VII, VIIIa разрядов	40
Коэффициент пульсации освещенности, Кп, %	5

Таблица № 25

Допустимые уровни ультрафиолетового излучения, создаваемого изделиями медицинской техники различного назначения\*

Вид изделий	Спектральный диапазон длин волн, нм	Допустимая интенсивность облучения, Вт/м <sup>2</sup>
Изделия облучательного действия, физиотерапевтическое оборудование**	свыше 315 до 400	10
	свыше 280 до 315	1,9
	свыше 200 до 280	Не допускается
Изделия профилактического назначения, генерирующие УФ-излучение, установки фототерапии, инкубаторы для новорожденных, косметологическое оборудование, приборы для ухода за кожей ультрафиолетовым излучением, эритемные светильники ***	свыше 315 до 400	1,0
	свыше 280 до 315	0,05
	свыше 200 до 280	Не допускается
Для изделий всех видов применения (в том числе лампы люминесцентные, галогенные в составе осветительных приборов, полимеризационные стоматологические и прочие)	свыше 280 до 400	0,03
	свыше 200 до 280	Не допускается

Примечание:

\* УФ-излучение от ИМТ с длиной волны менее 200 нм оценивается по соответствующим нормативам, указанным для диапазона 200 - 280 нм.

\*\* Для кратковременного использования с регламентацией времени эксплуатации, с учетом площади облучаемой поверхности и с применением средств индивидуальной защиты;

\*\*\* При регламентации времени эксплуатации, с учетом площади облучаемой поверхности и с применением средств индивидуальной защиты.

Таблица № 26

Характеристика классов опасности лазерных изделий медицинской техники

Классы опасности	Степень опасности, описание риска			
	Коллимированное излучение		Диффузно отраженное излучение на расстоянии 10 см от отражающей поверхности	
	Глаз	Кожа	Глаз	Кожа
I	Безопасно	Безопасно	Безопасно	Безопасно

II	Выходное излучение представляет опасность	Опасность при облучении кожи существует только в I и III спектральных диапазонах	Безопасно	Безопасно
III (распространяется только на лазеры, генерирующие излучение во II спектральном диапазоне – свыше 380 до 1400 нм)	Выходное излучение представляет опасность	Выходное излучение представляет опасность	Выходное излучение представляет опасность	Безопасно
IV	Выходное излучение представляет опасность	Выходное излучение представляет опасность	Выходное излучение представляет опасность	Выходное излучение представляет опасность

Таблица № 27

Допустимые концентрации аэроионов, создаваемые изделиями медицинской техники

Допустимые концентрации аэроионов, ион/см <sup>3</sup>		Коэффициент униполярности
Положительные	Отрицательные	
400 - 50000	600 - 50000	0,4 < Y < 1,0

Таблица № 28

Допустимые параметры воздушной среды в бароаппаратах

Параметры воздушной среды	Допустимые значения
Температура воздуха, °C	от 20 до 26*
Относительная влажность воздуха, %	от 65 до 85
Концентрация CO <sub>2</sub> , %, не более	0,3
Вентилируемость, м <sup>3</sup> /ч, не менее	14
Кратность воздухообмена (для воздушных бароаппаратов), не менее	10

\*Примечание: допускается кратковременное - до 10 минут, снижение температуры ниже 20°C на режимах декомпрессии и повышение выше 26°C – на режимах компрессии.

## 2. Гигиенические критерии оценки материалов изделий медицинского назначения

Таблица № 29

Гигиенические показатели и нормативы веществ, выделяющихся из материалов изделий медицинского назначения (ИМН)\*

№ п/п	Наименование материала, изделия	Контролируемые показатели	ДКМ, мг/л	ПДК, ОБУВ хим. веществ в питьевой воде, мг/л	Класс опасности	ПДКсс мг/м <sup>3</sup>	ОБУВ а.в., мг/м <sup>3</sup>	Класс опасности	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1	Полимерные материалы и пластические массы на их основе								
1.1	Полиэтилен (ПЭВД, ПЭНД), полипропилен, сополимеры пропилена с этиленом, полибутилен, полиизобутилен, комбинированные материалы на основе полиолефинов	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2	
		ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3	
		спирты:							
		метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3	
		пропиловый	-	0,1	4	0,3	-	3	
	изопропиловый	-	0,1	4	0,6	-	3		
1.2	Полистирольные пластики:								
	полистирол (блочный, суспензионный, ударопрочный)	стирол	-	0,01	2	0,002		2	
		спирты:							
		метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3	
		бутиловый	-	0,5	2	0,1	-	3	
	сополимер стирола с акрилонитрилом	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2	
		стирол	-	0,01	2	0,002	-	2	
		акрилонитрил	-	0,02	2	0,03	-	2	
		бензальдегид	-	0,003	4	0,04	-	3	
	АБС-пластики	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2	
		стирол	-	0,01	2	0,002	-	2	
		акрилонитрил	-	0,02	2	0,03	-	2	
		α-метилстирол	-	0,1	3	0,04	-	3	
	сополимер стирола с метилметакрилатом	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2	
		стирол	-	0,01	2	0,002	-	2	
		метилметакрилат	-	0,25	2	0,01	-	3	
		спирт метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3	
	сополимер стирола с метилметакрилатом и акрилонитрилом	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2	
		стирол	-	0,01	2	0,002	-	2	
		метилметакрилат	-	0,25	2	0,01	-	3	
		акрилонитрил	-	0,02	2	0,03	-	2	
		спирт метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3	

		формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	сополимер стирола с $\alpha$ -метилстиролом	стирол	-	0,01	2	0,002	-	2
		$\alpha$ -метилстирол	-	0,1	3	0,04	-	3
		бензальдегид	-	0,003	4	0,04	-	3
		ацетофенон	-	0,1	3	0,003	-	3
	сополимеры стирола с бутадиеном	стирол	-	0,01	2	0,002	-	2
		1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
		ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
		ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
		спирты:						
		метилловый	-	0,2	2	0,5	-	3
		бутиловый	-	0,5	2	0,1	-	3
	вспененные полистиролы	стирол	-	0,01	2	0,002	-	2
		спирт метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
		формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
1.3	Поливинилхлоридные пластики:							
	жесткий ПВХ	винил хлористый	-	0,01	2	0,01		1
		ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
		ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
		спирты:						
		метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
		пропиловый	-	0,1	4	0,3	-	3
		изопропиловый	-	0,1	4	0,6	-	3
		бутиловый	-	0,5	2	0,1	-	3
		изобутиловый	-	0,5	2	0,1	-	4
		бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
		толуол	-	0,5	4	0,6	-	3
		цинк	-	1,0	3	-	-	-
		олово	2,0	-	3	-	-	-
		пластифицированный ПВХ, дополнительно к показателям, указанным для жесткого ПВХ следует определять	диоктилфталат	-	2,0	3	-	0,02
	дидодецилфталат		-	2,0	3	-	0,1	-
	диизододецилфталат		-	2,0	3	-	0,03	-
	дибутилфталат		-	0,2	3	-	-	-
	диэтиленгликоль		-	1,0	3	0,2	-	4
	ПВХ-волокна (хлорин, волокна на основе перхлорвинила), дополнительно к показателям, указанным для жесткого ПВХ, следует определять	хлористый водород	-	-	-	0,1	-	2
		диметилформамид	-	10,0	4	0,03	-	2
		дихлорметан (метиленхлорид)	-	0,02	1	8,8	-	4
		1,2-дихлорэтан	-	0,02	2	1	-	2
		хлористый водород	-	-	-	0,1	-	2

		хлорорганические соединения (конкретные вещества определять по рецептуре)						
1.4	Поливинилоспиртовые (ПВС, виол)	винил хлористый	-	0,01	2	0,01	-	1
		формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
1.5	Полимеры на основе винилацетата и его производных: поливинилацетат, поливиниловый спирт, сополимерная дисперсия винилацетата с дибутилмалеинатом	винилацетат	-	0,2	2	0,15	-	3
		формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
		ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
		гексан	-	0,1	4	-	-	-
		гептан	-	0,1	4	-	-	-
1.6	Полиакрилаты	акрилонитрил	-	0,02	2	0,03	-	2
		метилакрилат	-	0,02	4	0,01	-	4
		метилметакрилат	-	0,25	2	0,01	-	3
		бутилакрилат	-	0,01	4	0,0075	-	2
		гексан	-	0,1	4	-	-	-
		гептан	-	0,1	4	-	-	-
1.7	Полиакрилонитрильные волокна (ПАН, нитрон, другие)	акрилонитрил	-	0,02	2	0,03	-	2
		метилакрилат	-	0,02	4	0,01	-	4
		метилметилакрилат	-	0,25	2	0,01	-	3
		диметилформаид	-	10,0	4	0,03	-	2
		винилацетат	-	0,2	2	0,15	-	3
1.8	Полиорганосилаксаны (силиконы)	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
		ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
		спирты:						
		метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
		бутиловый	-	0,5	2	0,1	-	3
		бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
	при наличии фенильной группы	фенол	-	0,05	4	0,003	-	2
1.9	Полиамиды:							
	полиамид 6 (поликапроамид, капрон, анид)	Е-капролактам	-	0,5	4	0,06	-	3
		формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
		фенол	-	0,05	4	0,003	-	2
		бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
	полиамид 66, (полигексаметилен-адипамид, найлон)	гексаметилендиамин	-	0,01	2	0,001	-	2
		спирт метиловый	-	0,2	1	0,5	-	3
		формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
		бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
	полиамид 610 (полигексаметилен-себацинамид)	гексаметилендиамин	-	0,01	2	0,001	-	2

		ин					
		спирт метиловый	-	0,2	2	0,5	3
		формальдегид	-	0,1	2	0,003	2
		бензол	-	0,01	1	0,1	2
	полиакриламид	акриламид	-	0,0001	1	-	0,005
		формальдегид	-	0,1	2	0,003	2
1.10	Полиуретаны (спандекс и другие)	этиленгликоль	-	1,0	3	-	1,0
		ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	3
		формальдегид	-	0,1	2	0,003	2
		ацетон	-	0,1	3	0,35	4
		спирты:	-				
		метиловый	-	0,2	2	0,5	3
		пропиловый	-	0,1	4	0,3	3
		изопропиловый	-	0,1	4	0,6	3
		бензол	-	0,01	1	0,1	2
		толуол	-	0,5	4	0,6	3
1.11	Полиэферы:						
	полиэтиленоксид	формальдегид	-	0,1	2	0,003	2
		ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	3
	полипропиленоксид	метилацетат	-	0,1	3	0,07	4
		ацетон	-	0,1	3	0,35	4
		формальдегид	-	0,1	2	0,003	2
		ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	3
	политетраметиленоксид	пропиловый спирт	-	0,1	4	0,3	3
		ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	3
		формальдегид	-	0,1	2	0,003	2
	полифениленоксид	фенол	-	0,05	4	0,003	2
		формальдегид	-	0,1	2	0,003	2
		спирт метиловый	-	0,2	2	0,5	3
	полиэтилентерефталат и сополимеры на основе терефталевой кислоты (лавсан, полиэстер, дакрон, мерсилен, дагрофил)	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	3
		этиленгликоль	-	1,0	3	-	1,0
		диметилтерефталат	-	1,5	4	0,05	2
		формальдегид	-	0,1	2	0,003	2
		спирты:	-				
		метиловый	-	0,2	2	0,5	3
		бутиловый	-	0,5	2	0,1	3
		изобутиловый	-	0,5	2	0,1	4
		ацетон	-	0,1	3	0,35	4
	поликарбонат	фенол	-	0,05	4	0,003	2
		дифенилолпропан	-	0,01	4	-	0,04
		метиленхлорид (дихлорметан)	-	0,02	1	8,8	4

		хлорбензол	-	0,02	3	0,1	-	3
	полисульфон	дифенилолпропан	-	0,01	4	-	0,04	-
		фенол	-	0,05	4	0,003	-	2
		бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
		полифениленсульфид	фенол	-	0,05	4	0,003	-
		ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
		спирт метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
		дихлорбензол	-	0,002	3	-	0,03	-
		бор (В)	-	0,5	2	-	-	-
	при использовании в качестве связующего:							
	фенолоформальдегидных смол	фенол	-	0,05	4	0,003	-	2
		формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	кремнийорганических смол	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
		ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
		фенол	-	0,05	4	0,003	-	2
		спирты:						
		метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
		бутиловый	-	0,5	2	0,1	-	3
	эпоксидных смол	эпихлоргидрин	-	0,1	2	0,2	-	2
		Фенол	-	0,05	4	0,003	-	2
		дифенилолпропан	-	0,01	4	-	0,04	-
		формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
1.12	Фторопласты: фторопласт-3, фторопласт-4, тефлон, полифен	фтор-ион (суммарно)	-	0,5	2	-	-	-
		формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
		ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
		цинк	-	1,0	3	-	-	-
		гексан	-	0,1	4	-	-	-
		гептан	-	0,1	4	-	-	-
1.13	Пластмассы на основе фенолоальдегидных смол (фенопласты)	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
		ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
		фенол	-	0,05	4	0,003	-	2
1.14	Полиформальдегид	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
		ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
1.15	Аминопласты (массы прессованные карбамидо- и меламиноформальдегидные)	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
1.16	Полимерные материалы на основе эпоксидных смол	эпихлоргидрин	-	0,1	2	0,2	-	2
		фенол	-	0,05	4	0,003	-	2
		дифенилолпропан	-	0,01	4	-	0,04	-
		формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
1.17	Иономерные смолы, в том числе серлин	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
		ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
		ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4

		спирт метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
		цинк	-	1,0	3	-	-	-
1.18	Целлюлоза	этилацетат	-	0,1	2	0,1	-	4
		формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
		бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
		ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
1.19	Эфирцеллюлозные пластмассы (этролы)	этилацетат	-	0,1	2	0,1	-	4
		ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
		формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
		спирты:						
		метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
		изобутиловый	-	0,5	2	0,1	-	4
		ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
1.20	Коллаген (биополимер)	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
		ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
		этилацетат	-	0,1	2	0,1	-	4
		бутилацетат	-	0,1	4	0,1	-	4
		ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
		спирты:						
		метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
		пропиловый	-	0,1	4	0,3	-	3
		изопропиловый	-	0,1	4	0,6	-	3
		бутиловый	-	0,5	2	0,1	-	3
		изобутиловый	-	0,5	2	0,1	-	4
2	Полимерные стоматологические композиции (с учетом состава материалов)	метилакрилат	-	0,02	4	0,01	-	4
		метилметакрилат	-	0,25	2	0,01	-	3
		бутилакрилат	-	0,01	4	0,0075	-	2
		дифенилолпропан	-	0,01	4	-	0,04	-
		эпихлоргидрин	-	0,1	2	0,2	-	2
		цинк	-	1,0	3	-	-	-
3. Резины, латексы на основе:								
3.1	Каучук натуральный (смокед-шит, светлый креп)	Перечень контролируемых веществ определяется исходя из рецептуры						
3.2	Синтетические каучуки							
	бутиловый (БК), хлорбутиловый (НТ)	изобутилен	-	0,5	3	10	-	4
		изопрен	-	0,01	4	0,5	-	3
	изопреновый (СКИ, СКИЛ)	изопрен	-	0,01	4	0,5	-	3
	хлоропреновый (наирит)	хлоропрен	-	0,01	2	0,002	-	2
	бутадиеновый (СКД-ЛР), натрий бутадиеновый	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4

	(СКБ)							
	бутадиеннитрильные разных марок (СКН, СКД, другие)	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
		акрилонитрил	-	0,02	2	0,03	-	2
	бутадиенстирольные (СКС, СРС, другие)	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
		стирол	-	0,01	2	0,002	-	2
	бутадиенметилстирольные (СКМС, СРСМ, другие)	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
		$\alpha$ -метилстирол	-	0,1	3	0,04	-	3
	полиуретановый	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
3.3	Латексы							
	натуральный, изопреновый	изопрен	-	0,01	4	0,5	-	3
	на основе бутилкаучука	изобутилен	-	0,5	3	10	-	4
		изопрен	-	0,01	4	0,5	-	3
	бутадиенстирольный и стиролбутадиеновый	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
		стирол	-	0,01	2	0,002	-	2
	бутадиеннитрильный	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
		акрилонитрил	-	0,02	2	0,03	-	2
	хлоропреновый (неопреновый)	хлоропрен	-	0,01	2	0,002	-	2
	поливинилхлоридный	винил хлористый	-	0,01	2	0,01	-	1
		ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
		ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
	карбоксилатные, в зависимости от состава	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
		стирол	-	0,01	2	0,002	-	2
		акрилонитрил	-	0,02	2	0,03	-	2
		акриловая кислота	-	0,5	2	0,04	-	3
		метакриловая кислота	-	1,0	3	0,2	-	4
	полистирольный	стирол	-	0,01	2	0,002	-	2
		спирты:						
		метилловый	-	0,2	2	0,5	-	3
		бутиловый	-	0,5	2	0,1	-	3
	полиуретановый	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
3.4	Резины рентгеноконтрастные с использованием в качестве наполнителя окислов свинца или бария на основе каучуков:	свинец	-	0,03	2	-	-	-
		барий	-	0,1	2	-	-	-
	бутадиеннитрильных	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
		акрилонитрил	-	0,02	2	0,03	-	2
	бутадиенстирольных	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
		стирол	-	0,01	2	0,002	-	2
	глет свинцовый (допускается только для изготовления рентгеноконтрастных резин)	свинец	-	0,03	2	-	-	-
	Тканевая и нетканевая основы резиновых и латексных материалов	Перечень контролируемых веществ						

		определяется, исходя из состава материалов						
3.5	Во всех резинах и латексах, в том числе: в резинах и латексах с неизвестной рецептурой	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
		цинк	-	1,0	3	-	-	-
3.6	В зависимости от состава резин и латексов должны контролироваться:							
	Вулканизирующие агенты и ускорители вулканизации							
	тиурам Д	тетраметилтиурам-дисульфид						
	для укупорочных пробок и резин, контактирующих с кровью		-	0,05	2	0,02	-	3
	для прочих изделий			-	-	-	-	-
	тиурам Е	тетраэтилтиурам-дисульфид						
	для резин, контактирующих с кровью		-	0,05	3	0,03	-	3
	для прочих изделий		0,5	-	-	-	-	-
	тиурам ЭФ	диэтилдифенилтиурам-дисульфид	1,0	-	-	-	-	-
	цимат	диметилдитиокарбамат цинка			-			
	для резин, контактирующих с кровью		0,05	-	-	-	-	-
	для прочих изделий		0,5	-	-	-	-	-
	этилцимат	диэтилдитиокарбамат цинка						
	для резин, контактирующих с кровью		0,05	-	-	-	-	-
	для прочих изделий		0,5	-	-	-	-	-
	этилфенилдитиокарбамат цинка	этилфенилдитиокарбамат цинка	1,0	-	-	-	-	-
	дифенилгуанидин	дифенилгуанидин						
	для изделий, контактирующих с кожей		0,5	-	-	-	0,005	-
	для прочих изделий		0,15	-	-	-	-	-
	альтакс	2,2-добензтиазолдисульфид	-	0,4	3	0,03	-	3
	каптакс	2-меркаптобензтиазол	-	0,4	4	0,012	-	3
	сульфенамид Ц	циклогексил-2-бензтиазолсульфенамид	-	0,4	4	0,2	-	4
	суммарная миграция веществ класса тиазолов		0,4	-	-	-	-	-

	Противостарители						
	агидол-2	2,2-метилен-бис(4-метил-6-трет-бутил-фенол)	2,0	-	-	-	-
	агидол-40	2,4,6-трис-(3,5-ди-трет-бутил-4-окси-бензил)-мезитилен	1,0	-	-	-	-
	неозон Д (нафтам-2)	фенил-2-нафтиламин	0,2	-	-	0,03	-
	Активаторы ускорителей						
	белила цинковые	цинк	-	1,0	3	-	-
	Наполнители						
	аэросил	кремний	-	10,0	2	-	-
	барий серноокислый и углекислый	барий	-	0,1	2	-	-
	литопон	барий	-	0,1	2	-	-
		цинк	-	1,0	3	-	-
	Мягчители и пластификаторы						
	масло индустриальное, масло-мягчитель (нетоксол)	бензол	-	0,01	1	0,1	2
		толуол	-	0,5	4	0,6	3
	полиэтилен низкомолекулярный	этилен	-	0,5	3	3,0	3
	полипропилен атактический (АПП)	пропилен	-	0,5	3	3,0	3
	кислота стеариновая (стеарин)	кислота стеариновая	0,25	-	4	-	-
	дибутилфталат	дибутилфталат	-	0,2	3	-	-
	диоктилфталат	диоктилфталат	-	2,0	3	-	0,02
	ренацит (цинковая соль пентахлор-тиофенола)	хлорфенол	-	0,001	4	-	-
		цинк	-	1,0	3	-	-
	синтетические жирные кислоты (в зависимости от состава)	капроновая кислота	-	-	-	0,005	3
		метакриловая кислота	-	1,0	3	0,01	3
		олеиновая кислота	-	0,5	4	-	0,1
	Поверхностно-активные вещества (эмульгаторы, диспергаторы, стабилизаторы), в зависимости от состава						
	олеиновая кислота	олеиновая кислота	-	0,5	4	-	0,1
	Стабилизаторы силиконовых смесей						
	диолы НД-8 ( $\alpha,\omega$ -дигидроксиполи-диметилсилоксаны)	полиметилгидроксиси-локсан	-	2,0	4	-	-
	Вещества, регулирующие рН латексных смесей						
	аммиак водный	аммиак и аммоний ион	-	1,5	4	2,0	4
	Вспомогательные вещества						

	бензин	бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
		толуол	-	0,5	4	0,6	-	3
	ксилол	ксилол	-	0,05	3	0,2	-	3
	толуол	толуол	-	0,5	4	0,6	-	3
	натрий карбокси-метилцеллюлоза	карбокси-метилцеллюлоза натриевая соль	-	2,0	3	-	-	-
	полиэтиленовая пленка	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
		ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
		спирт метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	триэтаноламин	триэтаноламин	-	1,0	4	-	0,04	-
	цинк углекислый	цинк	-	1,0	3	-	-	-
4	Материалы из натурального волокна (окрашенные, отбеленные и тому подобные); контроль красителей, пигментов проводить согласно пункту 6 настоящей таблицы	суммарно по пестицидам: пентахлорфенол	-	0,05	2	-	0,02	-
		остаточный активный хлор	не допускает ся	-	-	-	-	-
		формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
5	Материалы на основе искусственного волокна							
	вискозные, ацетатные на основе целлюлозы	сероуглерод	-	1,0	4	0,005	-	2
		аммиак	-	1,5	4	2,0	-	4
		уксусная кислота	-	1,0	4	0,06	-	3
		ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
		формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
6	Бумага, картон, пергамент, подпергамент							
6.1	Бумага	этилацетат	-	0,1	2	0,1	-	4
		формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
		ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
		ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
		спирты:						
		метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
		бутиловый	-	0,5	2	0,1	-	3
		бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
		толуол	-	0,5	4	0,6	-	3
		свинец	-	0,03	2	-	-	-
		цинк	-	1,0	3	-	-	-
		мышьяк	-	0,05	2	-	-	-
		хром (по Cr6+)	-	0,05	3	-	-	-
6.2	Бумага парафинированная дополнительно к показателям, указанным для бумаги, следует определять	гексан	-	0,1	4	-	-	-
		гептан	-	0,1	4	-	-	-
		бенз(а)пирен	не допускает	-	-	-	-	-

			ся					
6.3	Картон	этилацетат	-	0,1	2	0,1	-	4
		бутилацетат	-	0,1	4	0,1	-	4
		ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
		формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
		ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
		спирты:						
		метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
		изопропиловый	-	0,1	4	0,6	-	3
		бутиловый	-	0,5	2	0,1	-	3
		изобутиловый	-	0,5	2	0,1	-	4
		бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
		толуол	-	0,5	4	0,6	-	3
		ксилолы (смесь изомеров)	-	0,05	3	0,2	-	3
		свинец	-	0,03	2	-	-	-
		цинк	-	1,0	3	-	-	-
		мышьяк	-	0,05	2	-	-	-
		хром (по Cr6+)	-	0,05	3	-	-	-
6.4	картон мелованный дополнительно следует определять	титан	-	0,1	3	-	-	-
		алюминий	-	0,5	2	-	-	-
		барий	-	0,1	2	-	-	-
6.5	Пергамент растительный	этилацетат	-	0,1	2	0,1	-	4
		формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
		спирты:						
		метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
		пропиловый	-	0,1	4	0,3	-	3
		изопропиловый	-	0,1	4	0,6	-	3
		бутиловый	-	0,5	2	0,1	-	3
		изобутиловый	-	0,5	2	0,1	-	4
		ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
		свинец	-	0,03	2	-	-	-
		цинк	-	1,0	3	-	-	-
		мышьяк	-	0,05	2	-	-	-
		медь	-	1,0	3	-	-	-
		железо	-	0,3		-	-	-
		хром (по Cr6+)	-	0,05	3	-	-	-
6.6	Подпергамент (бумага с добавками, имитирующими свойства пергамент растительного)	кроме указанных выше веществ следует определять:						
		ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
		фенол	-	0,05	4	0,003	-	2

		эпихлоргидрин	-	0,1	2	0,2	-	2
		Е-капролактан	-	0,5	4	0,06	-	3
		бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
		толуол	-	0,5	4	0,6	-	3
		ксилолы (смесь изомеров)	-	0,05	3	0,2	-	3
		титан	-	0,1	3	-	-	-
		кадмий	-	0,001	2	-	-	-
7	Красители, пигменты (в зависимости от химического состава)	на основе бензидина	не допускается			не допускается		
		свинец	-	0,03	2	-	-	-
		кадмий	-	0,001	2	-	-	-
		мышьяк	-	0,05	2	-	-	-
		хром (по Сгб+)	-	0,05	3	-	-	-
		кобальт	-	0,1	2	-	-	-
		медь	-	1,0	3	-	-	-
		никель	-	0,02	2	-	-	-
		ртуть	-	0,005	1	-	-	-
8	Металлы из полимерных, резиновых, латексных и других материалов, исходя из рецептуры	цинк	-	1,0	3	-	-	-
		свинец	-	0,03	2	-	-	-
		хром (по Сгб+)	-	0,05	3	-	-	-
		олово	-	1,0	3	-	-	-
		медь	-	1,0	3	-	-	-
		кадмий	-	0,001	2	-	-	-
		железо	-	0,3	3	-	-	-
		марганец	-	0,1	3	-	-	-
		барий	-	0,1	2	-	-	-
	никель	-	0,02	2	-	-	-	

\*Примечание: конкретный перечень веществ, подлежащих контролю в модельных средах при оценке материалов и изделий медицинского назначения, может быть уточнен с учетом их состава, назначения и условий эксплуатации.

Таблица № 30

Санитарно-гигиенические интегральные показатели оценки материалов и состояния водных вытяжек из материалов изделий медицинского назначения

Контролируемые показатели, единицы измерения	Допустимые значения
Показатели оценки материалов ИМН	
Запах, баллы	Не более 1
Показатели оценки водных вытяжек из материалов ИМН	
Запах, баллы	0
Привкус*, баллы	0
Мутность, осадок, описательно	не допускается
Изменение цветности	не допускается
Восстановительные примеси, мл 0,02 Н раствора Na <sub>2</sub> S <sub>2</sub> O <sub>3</sub>	не более 1,0
Значение pH, ед. pH	5,5-7,5
Изменение значения pH по сравнению с контролем, ед. pH:	
-для изделий, контактирующих с кровью	в пределах ± 0,5
-для остальных изделий	в пределах ± 1,0
Ультрафиолетовое поглощение в диапазоне длин волн от 220 до 360 нм, ед. О.П.:	
-для контейнеров для крови	не более 0,2
-для устройств комплектных эксфузионных, инфузионных и трансфузионных однократного применения	не более 0,1
-для остальных изделий	не более 0,3
Перманганатная окисляемость (ПО), мгО <sub>2</sub> /л*	
-для диализаторов типа ДИП	не более 1,0
-магистралей кровопроводящих	не более 0,5
-фильтров крови типа ФК	не более 2,5
-для оксигенаторов	не более 2,0
-для изделий из резин, предназначенных для контакта с инъекционными и диффузионными препаратами	не более 3,0
Бромируемость, мгBr <sub>2</sub> /л**	
-для диализаторов типа ДИП, магистралей кровопроводящих	не более 0,3
-фильтров крови типа ФК	не более 6,0
-для оксигенаторов	не более 1,0
-для остальных изделий	не более 0,3

Примечание:

\*Показатель определяется при оценке материалов изделий, предназначенных для контакта со слизистыми оболочками полости рта.

\*\*Показатель определяется при необходимости решения спорных вопросов, при пограничных значениях прочих показателей.

Таблица № 31

Токсикологические и клинико-лабораторные показатели безопасности оценки материалов медицинских изделий и водных вытяжек из них и их допустимые значения

№ п/п	Наименование показателя	Критерии, единицы измерения	Допустимые значения
1	Показатели токсикологической оценки водных вытяжек из материалов изделий		
1.1	Раздражающее действие		
1.1.1	Раздражающее действие на кожу	гиперемия, баллы	0
1.1.2	Раздражающее действие на слизистые оболочки	гиперемия, баллы	0

№ п/п	Наименование показателя	Критерии, единицы измерения	Допустимые значения
1.2	Показатели острой, подострой и субхронической токсичности при введении в желудок, в брюшину*		
1.2.1	Смертность	гибель животных	отсутствие
1.2.2	Клинические симптомы интоксикации	неопрятность животных (взъерошенность), снижение потребления корма, снижение двигательной активности	отсутствие
1.2.3	Изменение массы тела	достоверные изменения массы тела животных в опытной группе по сравнению с контролем	отсутствие
1.2.4	Массовые коэффициенты** внутренних органов (тимуса, селезенки, печени или др. – в зависимости от состава и назначения материала)	достоверные различия массовых коэффициентов внутренних органов животных в опытной группе, по сравнению с контролем	отсутствие
1.2.5	Макроскопические изменения внутренних органов и тканей	визуальные изменения внутренних органов и тканей	отсутствие
1.3	Показатели острой токсичности при внутрикожном введении	воспалительная реакция кожи, оцениваемая по наличию гиперемии, баллы	0
1.4	Сенсибилизирующее действие	по показателям и критериям подпунктов 1.4.1 - 1.4.6 настоящей таблицы	отсутствие
1.4.1	Провокационная внутрикожная проба	количество положительных реакций в виде гиперемии при внутрикожном введении разрешающей дозы водной вытяжки	0
1.4.2	Конъюнктивальный тест	количество положительных реакций в виде гиперемии при нанесении разрешающей дозы водной вытяжки на конъюнктиву	0
1.4.3	Реакция специфической агломерации лейкоцитов (РСАЛ)	показатель РСАЛ – отношение процентов агломерированных лейкоцитов с антигеном и без него в пробах крови животных подопытной группы к контрольной, кратность	от 1,0 до 1,5
1.4.4	Реакция специфического лизиса лейкоцитов (РСЛЛ)	показатель РСЛЛ - процентное отношение разницы абсолютного количества лейкоцитов в пробах крови без антигена и с антигеном к абсолютному их количеству в пробах крови без антигена, %	не более 10
1.4.5	Лейкоцитарная формула, количество эозинофилов	количество эозинофилов на 100 клеток, шт.	не более 5
1.4.6	Реакция дегрануляции тучных клеток	показатель реакции	не более 1,31

№ п/п	Наименование показателя	Критерии, единицы измерения	Допустимые значения
	(РДТК)	РДТК, относительные единицы	(отрицательный)
1.5	Гемолитический тест	процент гемолиза, %	не более 2
1.6	Пирогенность	суммарное повышение ректальной температуры в группе из 3-х подопытных животных до и после введения водной вытяжки, °С	не более 1,4(апиогенно)
1.7	Общетоксическое и кожно-раздражающее действие на культуре подвижных клеток in vitro***	процентное отношение суммарной двигательной активности тест-объекта (спермы крупного рогатого скота) в опытной и контрольной пробах (индекс токсичности), %	в пределах от 70 до 120
2	Показатели оценки безопасности материалов		
2.1	Показатели токсикологической оценки		
2.1.1	Показатели острой, подострой и субхронической токсичности при введении в желудок (для материалов, попадание которых в организм возможно per os)1)	малая токсичность при введении в желудок по ГОСТ 12.1.007-76 «СБТ. Вредные вещества. Классификация. Общие требования безопасности. С изм. № 1», введенному в действие Приказом Министерства юстиции Приднестровской Молдавской Республики от 24 июля 2002 года № 249 «О введении в действие свода государственных стандартов системы безопасности труда Приднестровской Молдавской Республики» (регистрационный № 1626 от 24 июля 2002 года) (САЗ 02-30), DL50, мг/кг	>5000
2.1.2	Кожно-резорбтивное действие (для различных форм материалов – жидких, геле-, пастообразных и других)	кумулятивное действие неопрятность животных (взъерошенность), снижение потребления корма, снижение двигательной активности	отсутствие
2.1.3	Прочие материалы и показатели	по пункту 1.2 настоящей таблицы, в зависимости от состава и назначения, другие показатели****	
2.2	Клинико-лабораторные показатели		
2.2.1	Компрессный или капельный методы	критерии кожно-раздражающего, сенсибилизирующего и кожно-резорбтивного действия материалов	отсутствие признаков воздействия

Примечание:

\*Объем испытаний в конкретных случаях определяется, исходя из состава материалов и назначения изделий.

\*\*Массовый коэффициент – процентное отношение массы органа к массе тела.

\*\*\* Допускается применение других альтернативных методов оценки материалов с использованием клеточных тест-объектов.

\*\*\*\* Для некоторых материалов могут решаться вопросы отдаленных последствий применения, оценка которых должна производиться по утвержденным токсикологическим методикам.

Таблица № 32

Микробиологические показатели безопасности материалов и изделий медицинского назначения\*

Микробиологические показатели	Допустимые значения
Общее количество мезофильных аэробных и факультативно-анаэробных бактерий (МАФАНМ), КОЕ** в 1 г (см <sup>3</sup> ) продукции	не более 10 <sup>2</sup>
Дрожжи, дрожжеподобные, плесневые грибки, КОЕ** в 1 г (см <sup>3</sup> ) продукции	Отсутствие
Бактерии семейства Enterobacteriaceae в 1 г (см <sup>3</sup> ) продукции	Отсутствие
Патогенные стафилококки в 1 г (см <sup>3</sup> ) продукции	Отсутствие
<i>Pseudomonas-aeruginosa</i>	Отсутствие

Примечание:

\* Требования распространяются на нестерильные изделия.

\*\* КОЕ - колониеобразующих единиц в 1 г или 1 см<sup>3</sup> продукции.

Таблица № 33

Временные допустимые уровни синусоидальных электромагнитных полей диапазона частот свыше 1 Гц до 50 Гц (для условий производственных воздействий)

Контролируемый параметр	Временный допустимый уровень
Напряженность электрического поля, кВ/м	250/f1)
Индукция магнитного поля, мкТл	5000/f1)

Примечание: f – частота действующего электромагнитного поля.

Таблица № 34

Временные допустимые уровни синусоидальных электромагнитных полей диапазона частот свыше 50 Гц до 10 кГц (для условий производственных воздействий)

Контролируемый параметр	Временный допустимый уровень
Напряженность электрического поля, В/м	500
Напряженность магнитного поля, А/м	50

Таблица № 35

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

Контролируемый параметр	Временный допустимый уровень
Индукция импульсного магнитного поля с частотой следования импульсов свыше 1 Гц до 50 Гц и свыше 50 Гц до 100 Гц, мТл	1,75

Приложение № 11  
к СанПиН МЗ ПМР 2.1.3.2630-20  
«Санитарно-эпидемиологические требования к организациям,  
осуществляющим медицинскую деятельность»

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

№ п/п	Наименование физического фактора	ПДУ	Нормативный документ
1	Напряженность постоянного магнитного поля	10 мТл	Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты от 28 февраля 2007 года № 129 «О введении в действие СанПиН 2.2.4.1191-07 «Электромагнитные поля в производственных условиях» (регистрационный № 3868 от 23 марта 2007 года) (САЗ 07-13)
2	Напряженность электростатического поля	Устанавливается расчетом в зависимости от времени пребывания персонала на рабочих местах, но не более 60 кВ/м в течение 1 ч или 20 кВ/м в течение рабочего дня	
3	Напряженность переменного магнитного поля 50 Гц	Устанавливается в зависимости от времени пребывания персонала на рабочих местах, но не более 100 мкТл при общем и 1000 мкТл при локальном воздействии в течение рабочего дня	
4	Напряженность переменного электрического поля 50 Гц	Устанавливается расчетом в зависимости от времени пребывания персонала на рабочих местах, но не более 25 кВ/м или 5 кВ/м в течение рабочего дня	
5	Электромагнитное излучение в диапазоне от 10 до 30 кГц:	Устанавливается в зависимости от продолжительности воздействия, но не более:	
	напряженность электрического поля	500 В/м в течение рабочего дня	
	напряженность магнитного поля	50 А/м в течение рабочего дня	
6	Энергетическая экспозиция ЭМП в диапазоне от 30 кГц (0,03 МГц) до 300 МГц		
	Энергетическая экспозиция электрического поля при частоте		
	От 0,03 до 3 МГц	20000 (В/м)2 ч	
	От 3 до 30 МГц	7000 (В/м)2 ч	
	От 30 до 300 МГц	800 (В/м)2 ч	
	Энергетическая экспозиция магнитного поля при частоте		
	От 0,03 до 3 МГц	200(А/м)2ч	
От 30 до 50 МГц	0,72 (А/м)2ч		
Энергетическая экспозиция плотности потока энергии в диапазоне частот 300 МГц - 300 ГГц	200 (мкВт/см <sup>2</sup> )2ч		
7	Интенсивность	100 Вт/м <sup>2</sup>	Приказ Министерства

	инфракрасного (теплого) излучения		здравоохранения и социальной защиты от 22 ноября 2006 года № 503 «О введении в действие СанПиН МЗ и СЗ ПМР 2.2.4.548-06 «Гигиенические требования к микроклимату производственных помещений» (регистрационный № 3800 от 1 февраля 2007 года) (САЗ 07-6)
8	Интенсивность ультрафиолетового излучения	50,0 Вт/м <sup>2</sup> (УФ-А)	
		0,05 Вт/м <sup>2</sup> (УФ-В) не допускается (УФ-С)	
9	Электромагнитные излучения видеодисплейных терминалов и персональных ЭВМ		Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты от 15 августа 2006 года № 369 «О введении в действие СанПиН МЗ и СЗ ПМР № 04-06 «Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы» (регистрационный № 3730 от 4 ноября 2006года) (САЗ 06-45)
	Напряженность электрического поля на рабочем месте	25 В/м (в диапазоне частот 5 Гц - 2 кГц)	
		2,5 В/м (в диапазоне частот 2-400 кГц)	
	Плотность магнитного потока на рабочем месте	250 нТл (в диапазоне частот 5 Гц-2 кГц) 25 нТл (в диапазоне частот 2 – 400 кГц)	
	Напряженность электростатического поля	15кВ/м	
Фоновые значения электромагнитных полей частотой 50 Гц		Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты от 28 февраля 2007 года № 129 «О введении в действие СанПиН 2.2.4.1191-07 «Электромагнитные поля в производственных условиях» (регистрационный № 3868 от 23 марта 2007 года) (САЗ 07-13)	
Электрического поля		500 В/м	
Магнитного поля		10 мкТл	

Приложение № 12  
к СанПиН МЗ ПМР 2.1.3.2630-20  
«Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»

Допустимые уровни звука медицинской техники в помещениях ООМД

Группы изделий медицинской техники	Уровни звукового давления, дБ, в октавных полосах со среднегеометрическими частотами, Гц								Уровни звука, LA, и эквивалентные уровни звука, LAэкв, дБА
	63	125	250	500	1000	2000	4000	8000	
I	71	61	54	49	45	42	40	38	50
II	75	66	59	54	50	47	45	43	55
III	79	70	63	58	55	52	50	49	60
Примечание:									
1. Указанные параметры звука следует определять по таблице в зависимости от контингентов, подвергающихся воздействию шума: I группа - пациенты, II группа - старший и средний медицинский персонал, III группа - младший медицинский и вспомогательно-технический персонал.									
2. Для изделий медицинской техники, работающих в повторно-кратковременном режиме (не более 20 минут), допускается превышение уровня звука на 5 дБА выше указанного в таблице.									

Приложение № 13  
к СанПиН МЗ ПМР 2.1.3.2630-20  
«Санитарно-эпидемиологические требования к организациям,

Предельно допустимые уровни звука и эквивалентные уровни звука на рабочих местах для трудовой деятельности разных категорий тяжести и напряженности, дБА

Категории напряженности трудового процесса	Категории тяжести трудового процесса				
	легкая физическая нагрузка	средняя физическая нагрузка	тяжелый труд 1 степени	тяжелый труд 2 степени	тяжелый труд 3 степени
1	2	3	4	5	6
Напряженность легкой степени	80	80	75	75	75
Напряженность средней степени	70	70	65	65	65
Напряженный труд 1 степени	60	60	-	-	-
Напряженный труд 2 степени	50	50	-	-	-
Примечание:					
а) для тонального и импульсного шума ПДУ на 5 дБА меньше значений, указанных в данной таблице;					
б) для шума, создаваемого в помещениях установками кондиционирования воздуха, вентиляции и воздушного отопления - на 5 дБА меньше фактических уровней шума, а в помещениях (измеренных или рассчитанных), если последние не превышают значений в таблице (поправка для тонального и импульсного шума при этом не учитывается), в противном случае - на 5 дБА меньше значений, указанных в данной таблице;					
в) дополнительно для колеблющегося во времени и прерывистого шума максимальный уровень звука не должен превышать 110 дБА, а для импульсного шума 125 дБА.					

Приложение № 14  
к СанПиН МЗ ПМР 2.1.3.2630-20  
«Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»

Предельно допустимые уровни воздушного ультразвука на рабочих местах

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

Приложение № 15  
к СанПиН МЗ ПМР 2.1.3.2630-20  
«Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»

Постконтактная профилактика профессионального заражения ВИЧ и парентеральных вирусных гепатитов

1. Постконтактная профилактика (далее - ПКП) профессионального заражения ВИЧ должна предоставляться при профессиональном контакте с ВИЧ или ВГ или высокой вероятности такого контакта и проводиться в соответствии с требованиями Приказа Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 1 июля 2013 года № 287 «О введении в действие СанПиН МЗ ПМР 3.1.5.2826-13 «Профилактика ВИЧ-инфекции» (регистрационный № 6572 от 9 октября 2013 года) (САЗ 13-40).

2. Профессиональный контакт, при котором необходимо назначение ПКП - контакт с кровью или другими биологическими жидкостями вследствие попадания их под кожу, на слизистые или поврежденную кожу, произошедший при выполнении служебных обязанностей.

3. Оценка произошедшего контакта, обследование потенциального источника заражения и контактировавшего с ним:

а) оценка контакта. Необходимо оценить контакт по степени риска заражения ВИЧ на основании формы контакта, типа и количества опасного материала. При оценке должны быть учтены следующие факторы:

1) форма контакта:

а) через кожное повреждение;

б) через слизистые;

в) через открытую рану;

2) тип и количество материала:

а) кровь;

б) биологическая жидкость, содержащая примесь крови;

в) потенциально инфицированная биологическая жидкость или ткань;

г) материал содержащий вирус в высокой концентрации.

3) давность контакта;

б) обследование потенциального источника. По возможности человек, чья кровь или другая биологическая жидкость, может являться потенциальным источником заражения, должен быть обследован на ВИЧ-инфекцию:

1) если известно, чьей кровью или другим материалом (биологической жидкостью, тканью) произошел контакт, рекомендуется как можно скорее обследовать этого человека на ВИЧ-инфекцию; если человека обследовать нельзя, исследуют материал, с которым произошел контакт (кровь, ткань и прочие);

2) при обследовании человека, явившегося источником возможного заражения, необходимо соблюдать следующие правила:

а) получить согласие на тестирование;

б) провести дотестовое и послетестовое консультирование;

в) в случае положительного результата направить для прохождения соответствующего консультирования, лечения;

3) если результат иммуноферментного анализа (далее - ИФА) нельзя получить в течение 24 - 48 часов, лучше провести экспресс- тест на антитела к ВИЧ-инфекции;

4) 2 положительных результата в ИФА или экспресс-теста с высокой вероятностью подтверждают ВИЧ-инфекцию; отрицательный результат исключает наличие антител к ВИЧ;

5) для подтверждения результатов в ИФА и экспресс-теста проводят иммуноблоттинг, однако откладывать начало ПКП в ожидании результата не следует;

6) ни при каких обстоятельствах проведение ПКП у контактировавшего не может быть отложено в ожидании результатов тестирования;

7) потенциального источника заражения обследуют также на носительство вирусов гепатитов С и В;

8) при обследовании потенциального источника необходимо учитывать:

а) результаты предшествующего тестирования на ВИЧ-инфекцию;

б) наличие клинических симптомов, а также данные анамнеза, указывающие на возможность контакта (например: синдрома, указывающего на первичную фазу ВИЧ-инфекции, и возможность контакта с инфицированным ВИЧ-инфекцией);

в) антиретровирусная терапия (далее - АРТ) в анамнезе (ее продолжительность, эффективность и неудача лечения, схема лечения, соблюдение режима лечения);

9) если источник возможного заражения неизвестен, не может быть обследован или отказывается от обследования, риск заражения ВИЧ-инфекцией оценивается на основании эпидемиологических данных:

а) форма контакта;

б) распространение ВИЧ-инфекции в той части общества, к которой принадлежит человек, послуживший источником возможного заражения;

10) если известно, что человек, с которым произошел контакт, ВИЧ-инфицирован, для выбора схемы ПКП желательно узнать:

а) клиническую стадию ВИЧ-инфекции;

б) число лимфоцитов CD4;

в) вирусную нагрузку (ВН) в плазме;

г) проводившуюся АРТ;

д) генотипическую или фенотипическую устойчивость вируса (если определили);

е) при случайном уколе иглой – была ли свежая кровь на игле, глубокий ли был укол, находилась ли игла в вене;

м) в отсутствии перечисленных данных и при наличии показаний ПКП откладывать нельзя. Если в дальнейшем появляется дополнительная информация, схему можно будет изменить.

Если у источника возможного заражения при обследовании после контакта не обнаружено ни антител к ВИЧ-инфекции, ни признаков СПИДа или ВИЧ-инфекции, обследование прекращают;

в) обследование контактировавшего лица. Обследование после контакта (независимо от того, произошел он на рабочем месте или нет) проводят как можно скорее, в ближайшие часы. Рекомендуется:

1) сразу провести у контактировавшего тестирование на антитела к ВИЧ-инфекции; предварительно необходимо получить информированное согласие; обязательно провести дотестовое и послетестовое консультирование;

2) выявить состояние заболевания, применяемые лекарственные средства, которые могут повлиять на выбор препаратов для ПКП (например: беременность, кормление ребенка грудью). Рекомендуется проведение следующих исследований по месту жительства:

а) тесты, результаты которых помогут в дальнейшем вовремя выявить побочные эффекты:

1) общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и числа тромбоцитов;

2) определение биохимических показателей функции печени (активность аминотрансфераз-АлАТ и АсАТ - и уровень билирубина);

3) определение азота мочевины крови или сывороточного креатинина;

б) основные серологические тесты на гепатит С и В (определение антител к вирусу гепатита С и HBsAg).

4. Оказание помощи после случайного контакта с инфицированным ВИЧ-инфекцией или ВГ В или ВГС.

Первая помощь после возможного контакта с инфицированным ВИЧ-инфекцией, или ВГ В, или ВГС – действия, которые необходимо предпринять немедленно после контакта. Их цель – сократить время контакта с инфицированными биологическими жидкостями (в том числе с кровью) и тканями и правильно обработать место контакта, снизив тем самым, риск инфицирования.

При ранении иглой или другим острым инструментом порядок действий следующий:

а) сразу вымыть поврежденное место с мылом;

б) подержать раневую поверхность под струей проточной воды (несколько минут или пока кровотечение не прекратится), чтобы дать крови свободно вытекать из раны;

в) в отсутствие проточной воды обрабатывать поврежденное место дезинфицирующим гелем или раствором для мытья рук;

г) нельзя использовать сильнодействующие средства: спирт, отбеливающие жидкости и йод, так как они могут вызывать раздражение раневой поверхности и ухудшать состояние раны;

д) нельзя сдавливать или тереть поврежденное место;

е) нельзя отсасывать кровь из ранки, оставшейся от укола.

При разбрызгивании крови или других биологических жидкостей порядок действий следующий:

а) разбрызгивание на неповрежденную кожу:

1) немедленно вымыть загрязненный участок;

2) в отсутствие проточной воды обработать гелем или раствором для мытья рук;

3) нельзя использовать сильнодействующие средства: спирт, отбеливающие жидкости и йод, так как они могут вызывать раздражение пораженной поверхности;

4) использовать слабые дезинфицирующие средства, например 2 – 4% раствор хлоргексидина глюконата;

5) нельзя тереть или скрести место контакта;

б) нельзя накладывать повязку;

б) при разбрызгивании в глаза:

1) сразу промыть глаза водой или физиологическим раствором. Сестра, запрокинуть голову и попросить коллегу осторожно лить на глаз воду или физиологический раствор; чтобы вода и раствор текли и под веки, или время от времени осторожно оттягивают;

2) не снимать контактные линзы на время промывания, так как они создают защитный барьер. После того как глаз промыли, контактные линзы снять и обработать как обычно; после этого они совершенно безопасны для дальнейшего использования;

3) нельзя промывать глаза мылом или дезинфицирующим раствором;

в) при разбрызгивании в ротовую полость:

1) немедленно выплюнуть попавшую в рот жидкость;

2) тщательно прополоскать рот водой или физиологическим раствором и снова выплюнуть. Повторить полоскание несколько раз;

3) нельзя использовать для промывания мыло или дезинфицирующий раствор.

5. Время назначения ПКП:

а) ПКП должна быть начата как можно скорее после контакта, не дожидаясь результата теста, но не позднее, чем через 72 часа.

ПКП назначается на период времени - 4 недели;

б) выбор антиретровирусных (далее - АРВ) препаратов для ПКП. Схема АРТ должна состоять из 3 АРВ-препаратов два НИОТ (нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы) и один ИП (ингибитор протеазы). Предпочтительная схема: Тенофави+Эмтрицитабин+ Лапинавир/ритонавир. АРВ-препараты, не рекомендуемые для ПКП: некоторые АРВ-препараты не рекомендуются для ПКП, прежде всего из-за возможности развития серьезных, угрожающих жизни побочных явлений. К ним относятся: абакавир, комбинация диданозина и невирапин. Эфавиренз не рекомендуется из-за низкого генетического барьера развития лекарственной устойчивости. Использование эфавиренза можно рассмотреть в исключительных случаях:

1) нуждающимся в ПКП не переносят ингибиторы протеазы;

2) источник заражения инфицирован устойчивым штаммом ВИЧ, сохранившим чувствительность к эфавирез;

в) наблюдение за контактировавшими. Контактировавшим с возможным источником ВИЧ-инфекции показано наблюдение:

1) всем контактировавшим (тем, кто нуждается в ПКП и тем, кто не нуждается в ней) сразу после контакта необходимо предоставить консультирование, провести тестирование на ВИЧ-инфекцию и общее медицинское обследование;

2) у тех, кто получает АРВ-препараты, необходимо следить за соблюдением режима лечения и появлением возможных побочных явлений (тошнота или диарея), при появлении которых проводят симптоматическое лечение без замены схемы ПКП;

3) тестирование на ВИЧ-инфекцию (с помощью ИФА) проводят сразу после контакта, а затем через 6 недель, 12 недель и 6 месяцев после контакта, даже если ПКП решено не проводить;

4) если по окончании ПКП у контактировавшего произошла сероконверсия, его направляют в службы помощи и лечения ВИЧ-инфицированных.

Персоналу, у которого произошел контакт с материалом, инфицированным вирусом гепатита В, вводится одновременно специфический иммуноглобулин (не позднее 48 часов) и вакцина против гепатита В в разные участки тела по схеме 0 – 1 – 2 – 6 месяцев с последующим контролем за маркерами гепатита (не ранее 3 - 4 месяцев после введения иммуноглобулина). Если контакт произошел у ранее вакцинированного медработника, целесообразно определить уровень анти-НВs в сыворотке крови. При наличии концентрации антител в титре 10 МЕ/л и выше вакцинопрофилактика не проводится, при отсутствии антител – целесообразно одновременное введение 1 дозы иммуноглобулина и бустерной дозы вакцины».

Приложение № 16  
к СанПиН МЗ ПМР 2.1.3.2630-20  
«Санитарно-эпидемиологические требования к организациям,  
осуществляющим медицинскую деятельность»

Порядок работы руководства и специалистов ООМД по организации и проведению  
дезинфекционных и стерилизационных мероприятий (примерное распределение  
обязанностей)

1. Руководитель ООМД (главный врач, директор и так далее):

а) утверждает план производственного контроля, включающий выполнение дезинфекционных и стерилизационных мероприятий, и ежеквартально заслушивает отчет заместителя руководителя ООМД по эпидемиологической работе (врача-эпидемиолога) о его выполнении;

б) назначает лиц, ответственных за проведение производственного контроля эффективности дезинфекционных и стерилизационных мероприятий;

в) при отсутствии ЦСО в структуре ООМД назначает лиц, ответственных по отделениям за приобретение, контроль и эксплуатацию дезинфекционного и стерилизационного оборудования;

г) назначает ответственное лицо за сбор и хранение отходов в ООМД;

д) заключает договоры с организациями, аккредитованными в установленном законодательством порядке, на проведение бактериологического и химического контроля эффективности дезинфекционных и стерилизационных мероприятий.

2. Заместитель руководителя ООМД по эпидемиологической работе (врач-эпидемиолог или лицо, назначенное руководителем ООМД):

а) разрабатывает план производственного контроля, включающий выполнение дезинфекционных, стерилизационных мероприятий, и организует его выполнение;

б) определяет функциональные обязанности и разрабатывает должностные инструкции для ответственных лиц, участвующих в организации и проведении производственного контроля дезинфекционных, стерилизационных мероприятий, утилизации медицинских отходов, и представляет их для утверждения главному врачу;

в) организует составление сводной годовой заявки о потребности в дезинфекционном и стерилизационном оборудовании:

г) установок для обеззараживания воздуха в помещениях; установок для получения растворов дезинфицирующих средств;

д) оборудования для очистки, дезинфекции и стерилизации изделий медицинского назначения, включая эндоскопы и инструменты к ним; дезинфекционных камер;

е) организует составление сводной годовой заявки о расчетной потребности средств:

ж) дезинфицирующих средств для обеззараживания поверхностей в помещениях, мебели, приборов, аппаратов, санитарно-технического оборудования;

з) дезинфицирующих средств для обеззараживания изделий медицинского назначения, предметов ухода за больными, белья, столовой и лабораторной посуды, игрушек, уборочного инвентаря, отходов класса Б и В;

и) средств для дезинфекции высокого уровня эндоскопов; средств для стерилизации изделий медицинского назначения (ИМН), в том числе эндоскопов и инструментов к ним;

к) средств для предстерилизационной и предварительной очистки изделий медицинского назначения, в том числе эндоскопов и инструментов к ним; средств для окончательной очистки эндоскопов (перед дезинфекцией высокого уровня);

л) кожных антисептиков для гигиенической обработки рук медицинского персонала; обработки рук хирургов и других лиц, участвующих в операциях и при приеме родов; обработки операционного, инъекционного полей, локтевых сгибов доноров; санитарной обработки кожных покровов больных и медицинского персонала;

м) оказывает методическую помощь сотрудникам ООМД, ответственным за организацию и проведение дезинфекционных и стерилизационных мероприятий, а также осуществляет контроль качества их деятельности;

н) организует обучение врачей, а совместно с главной медсестрой - обучение среднего медицинского персонала отделений ООМД по вопросам организации проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий;

о) организует производственный контроль соблюдения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий;

п) анализирует результаты контроля режимов применения и хранения рабочих растворов дезинфицирующих, стерилизующих средств, средств для предстерилизационной очистки, кожных антисептиков;

р) анализирует результаты контроля стерильности ИМН, в том числе эндоскопов и инструментов к ним, а также инъекционных растворов, приготовленных аптекой ООМД;

с) организует проведение бактериологического и химического контроля эффективности дезинфекционных и стерилизационных мероприятий и анализирует его результаты с целью оценки правильности их проведения, качества предстерилизационной очистки ИМН, правильности использования дезинфицирующих и стерилизующих средств, кожных антисептиков, а также целесообразности их ротации;

т) организует заключение договоров с организациями, аккредитованными в установленном порядке, на проведение бактериологического и химического контроля эффективности дезинфекционных и стерилизационных мероприятий;

у) анализирует результаты физического, химического и бактериологического контроля работы дезинфекционного и стерилизационного оборудования;

ф) организует бактериологический контроль воздуха помещений, водных систем (систем водоснабжения, централизованных систем кондиционирования и увлажнения воздуха), объектов окружающей среды;

х) принимает отчет соответствующих должностных лиц в соответствии с возложенными на них обязанностями по выполнению дезинфекционных и стерилизационных мероприятий;

ц) ежеквартально представляет руководителю ООМД доклад о результатах выполнения плана производственного контроля, в том числе дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в структурных подразделениях ООМД.

3. Заместитель руководителя ООМД по экономическим вопросам (или лицо, назначенное руководителем организации ответственным за организацию финансирования закупок) проводит расчет затрат и обеспечивает финансирование приобретения дезинфицирующих, стерилизующих средств, средств для предстерилизационной очистки и кожных антисептиков, дезинфекционного и стерилизационного оборудования, вспомогательных и расходных материалов (химических и биологических индикаторов, стерилизационных упаковочных материалов и других) в соответствии с потребностью ООМД.

4. Заместитель руководителя ООМД по хозяйственной части или начальник административно-хозяйственной части (АХЧ) (или лицо, назначенное руководителем организации ответственным за выполнение указанных функций):

а) обеспечивает грамотную в техническом и гигиеническом отношении эксплуатацию объектов на территории ООМД, соблюдение соответствующих инструкций, режимов и

требований нормативно-технической документации водных систем (систем водоснабжения, централизованных систем кондиционирования и увлажнения воздуха);

б) организует при выявлении на территории ООМД насекомых, членистоногих и грызунов проведение дезинсекционных и дератизационных мероприятий;

в) участвует в заключении договора с организациями, аккредитованными в установленном законодательством порядке, на контрольное обследование территории и помещений ООМД и проведение при необходимости дезинсекции и дератизации;

г) участвует в заключении договора с организациями, аккредитованными в установленном законодательством порядке на вывоз медицинских отходов с территории ООМД;

д) информирует заместителя руководителя ООМД по эпидемиологической работе (врача-эпидемиолога) о нарушении условий гигиенической эксплуатации объектов на территории ООМД и водных систем.

5. Главная медицинская сестра (или лицо, назначенное руководителем организации ответственным за выполнение указанных функций):

а) совместно с заместителем руководителя ООМД по эпидемиологической работе (врачом-эпидемиологом) организует выполнение плана производственного контроля в ООМД;

б) оказывает методическую помощь и обеспечивает старших медицинских сестер отделений методическими указаниями (инструкциями) по использованию дезинфицирующих, стерилизующих средств, средств для предстерилизационной очистки и кожных антисептиков;

в) организует обучение среднего и младшего медицинского персонала отделений по вопросам организации и проведения дезинфекционных, стерилизационных мероприятий в отделениях;

г) совместно с заместителем главного врача по эпидемиологической работе (врачом-эпидемиологом) проводит расчет общей потребности по организации в дезинфицирующих, стерилизующих средствах, средствах для предстерилизационной очистки и кожных антисептиках;

д) проводит распределение дезинфицирующих и стерилизующих средств, средств для предстерилизационной очистки и кожных антисептиков по отделениям организации;

е) проводит плановый производственный контроль;

ж) наличия свидетельств государственной регистрации, сертификатов соответствия и инструкций по применению на дезинфицирующие и стерилизующие средства;

з) условий хранения дезинфекционных средств и правил безопасности проведения работ с дезинфицирующими, стерилизующими средствами, средствами для предстерилизационной очистки и кожными антисептиками;

и) правильности выполнения инструкций (методических указаний) по приготовлению и применению растворов дезинфицирующих, стерилизующих средств, средств для предстерилизационной очистки и кожных антисептиков в отделениях;

к) правильности ведения учетно-отчетной документации по применению и расходу дезинфицирующих и стерилизующих средств, средств для предстерилизационной очистки и кожных антисептиков;

л) ежемесячно заслушивает отчеты старших медицинских сестер отделений о выполнении обязанностей;

м) ежеквартально представляет доклад заместителю руководителя ООМД по эпидемиологической работе (врачу-эпидемиологу) о проведении дезинфекционных, стерилизационных мероприятий в ООМД.

6. Лицо, ответственное за хранение дезинфицирующих средств:

а) обеспечивает прием дезинфицирующих, стерилизующих средств, средств для предстерилизационной очистки и кожных антисептиков и наличие разрешительной документации на эти средства, условия их хранения;

б) осуществляет хранение свидетельств о государственной регистрации, сертификатов соответствия и инструкций по применению дезинфицирующих, стерилизующих средств, средств для предстерилизационной очистки и кожных антисептиков;

в) проводит выдачу дезинфицирующих, стерилизующих средств, средств для предстерилизационной очистки и кожных антисептиков в отделения ООМД в соответствии с утвержденной разрядкой;

г) проводит отбор проб дезинфицирующих средств для контроля содержания действующих веществ (ДВ);

д) ведет необходимую учетно-отчетную документацию по приему, хранению и выдаче дезинфицирующих, стерилизующих средств, средств для предстерилизационной очистки и кожных антисептиков.

7. Заведующий лечебным подразделением:

а) назначает ответственное лицо за сбор отходов в отделении;

б) при отсутствии ЦСО в ООМД в случае возложения на него ответственности за эксплуатацию дезинфекционного и стерилизационного оборудования выполняет функции, описанные в пункте 8 настоящего Приложения (либо назначает ответственное лицо);

в) назначает лицо, ответственное за соблюдение правил эксплуатации установок обеззараживания воздуха и наличие сопроводительной документации к ним.

8. Заведующий ЦСО (при наличии такого подразделения в ООМД) или ответственное лицо по отделению при децентрализованной системе стерилизации (или лицо, назначенное руководителем организации ответственным за указанные функции):

а) организует прием дезинфекционного и стерилизационного оборудования, измерительных приборов и проверяет наличие разрешительной документации на них;

б) обеспечивает бесперебойную и эффективную эксплуатацию технологического оборудования и измерительных приборов;

в) организует проведение оперативного и периодического контроля за:

г) работой дезинфекционного оборудования, в том числе с применением биологических индикаторов;

д) работой стерилизационного оборудования, в том числе с применением химических и биологических индикаторов;

е) соответствием упаковочных материалов методам и режимам стерилизации, соблюдением сроков их использования;

ж) соблюдением правил упаковки изделий медицинского назначения; соблюдением плотности загрузки стерилизаторов;

з) осуществляет периодический контроль работы старшей медсестры и операторов дезинфекционного и стерилизационного оборудования;

и) ежемесячно представляет отчет о проведении стерилизационных мероприятий заместителю руководителя ООМД по эпидемиологической работе (врачу-эпидемиологу).

9. Заведующий микробиологической лабораторией ООМД (при наличии лаборатории в структуре ООМД) в части организации и обеспечения работы по проведению бактериологического контроля в объеме, определяемом категорией и мощностью ООМД, осуществляет контроль:

а) эффективности проводимой дезинфекции объектов, стерильности изделий медицинского назначения, в том числе эндоскопов и инструментов к ним;

б) эффективности работы дезинфекционного и стерилизационного оборудования с применением биологических индикаторов;

в) микробиологического мониторинга загрязнения водных систем.

10. Заведующий прачечно-дезинфекционным блоком ООМД (при наличии данного подразделения в структуре организации):

а) организует прием соответствующего оборудования и проверяет наличие разрешительной документации на него;

б) организует выполнение дезинфекции постельных принадлежностей больных после выписки (смерти);

- в) контролирует оператора дезинфекционной камеры в части проведения визуального контроля работы камер с помощью физико-химических методов при каждом цикле;
- г) контролирует работу установок для получения растворов дезинфицирующих средств;
- д) контролирует ведение журналов учета поступления постельных принадлежностей, верхней одежды и тому подобных из отделений, работу дезинфекционных камер;
- е) организует контроль соблюдения норм загрузки дезинфекционных камер;
- ж) обеспечивает контроль технического состоянием дезинфекционных камер, соблюдения режимов обеззараживания;
- з) обеспечивает проведение производственного контроля эффективности обеззараживания объектов с применением термического и бактериологического методов по договору с аккредитованной организацией;
- и) организует техническое обслуживание камеры при возникновении неисправностей;
- к) ежемесячно представляет отчет о работе своего подразделения (объемах камерной дезинфекции постельных принадлежностей, вещей больных из отделения стационара, результатах производственного контроля) заместителю руководителя главного врача по эпидемиологической работе (врачу-эпидемиологу).

#### 11. Врач отделения;

- а) проводит гигиеническое мытье, обработку рук кожными антисептиками или хирургическую обработку согласно правилам асептики и антисептики в зависимости от характера выполняемой манипуляции;
- б) соблюдает требования проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий, санитарно-гигиенического режима ООМД.

#### 12. Старшая медицинская сестра отделения:

- а) ведет учетно-отчетную документацию получения, расходования и применения дезинфицирующих, стерилизующих средств, средств для предстерилизационной очистки и кожных антисептиков в отделении;
- б) организует и контролирует правильность и эффективность проведения мероприятий по профилактической, текущей и заключительной дезинфекции, генеральной уборки в отделении;
- в) организует проведение контроля эффективности обработки рук медицинским персоналом отделения;
- г) проводит экспресс-контроль качества приготовления рабочих растворов дезинфицирующих, стерилизующих средств, средств для предстерилизационной очистки (только в случаях наличия зарегистрированных средств контроля);
- д) контролирует соблюдение условий хранения и правил безопасности работы с дезинфицирующими, стерилизующими средствами, средствами для предстерилизационной очистки и кожными антисептиками (условия приготовления дезинфицирующих растворов, использование средств индивидуальной защиты);
- е) при отсутствии ЦСО в ООМД в случае возложения на нее ответственности за эксплуатацию дезинфекционного и стерилизационного оборудования выполняет функции, описанные в пункте 8 настоящего Приложения;
- ж) ежемесячно представляет отчет о проведении дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в отделении главной медицинской сестре.

#### 13. Средний медицинский персонал:

- а) обеспечивает проведение ежедневной влажной уборки;
- б) проводит обеззараживание воздуха помещения с помощью соответствующих установок под руководством ответственного лица отделения;
- в) организует и участвует в проведении мероприятий по профилактической, текущей и заключительной дезинфекции, генеральной уборке и стерилизации в отделении;
- г) под руководством ответственного лица, назначенного заведующим отделением, проводит предварительную и предстерилизационную очистку, дезинфекцию, стерилизацию изделий медицинского назначения, окончательную очистку (перед дезинфекцией высокого уровня), дезинфекцию высокого уровня эндоскопов;

д) проводит гигиеническое мытье, обработку рук кожными антисептиками, хирургическую обработку рук в зависимости от характера выполняемой манипуляции и обработку кожных покровов больных.

14. Младший медицинский персонал:

а) проводит в отделении ежедневную влажную уборку;

б) под руководством среднего медицинского персонала проводит обеззараживание поверхностей помещений, медицинского оборудования, мебели, санитарно-технического оборудования, уборочного инвентаря, предметов ухода за больными и других предметов внутрибольничной среды в комплексе мероприятий по профилактической, текущей и заключительной дезинфекции;

в) под руководством лица, ответственного по отделению за сбор и обеззараживание отходов, участвует в сборе и обеззараживании отходов класса Б и В.

15. Лицо, ответственное за утилизацию медицинских отходов по ООМД и отделениям:

а) проводит расчет потребности в оборудовании для обеззараживания медицинских отходов (в том числе емкости для сбора отходов, контейнеры, установки);

б) организует прием оборудования для утилизации и проверяет наличие разрешительной документации на него;

в) организует сбор и утилизацию отходов, соблюдение условий эксплуатации установок по обеззараживанию отходов (при их наличии в ООМД).

16. Должностное лицо организации Госсанэпидслужбы при проведении плановых и внеплановых контрольных и надзорных мероприятий в ООМД:

а) осуществляет контроль (надзор) за организацией и проведением в ООМД производственного контроля, в том числе за проведением дезинфекционных и стерилизационных мероприятий;

б) проверяет готовность ООМД к организации и проведению дезинфекционных мероприятий в условиях строгого противоэпидемического режима или при подозрении на заболевание особо опасной инфекцией.

Приложение № 17  
к СанПиН МЗ ПМР 2.1.3.2630-20  
«Санитарно-эпидемиологические требования к организациям,  
осуществляющим медицинскую деятельность»  
(справочное)

Определение потребности в дезинфицирующих, стерилизующих средствах, средствах для предстерилизационной очистки и кожных антисептиках

1. Обеззараживание поверхностей, предметов обстановки, мягкой мебели проводят в соответствии с требованиями проведения дезинфекционных мероприятий при различных инфекционных заболеваниях, установленными действующим законодательством Приднестровской Молдавской Республики.

2. Для определения потребности в дезинфицирующих средствах для обработки помещений необходимо рассчитать общую площадь внутренней поверхности помещения (S), подлежащей обеззараживанию, по формуле:

$$S = S \text{ потолка} + S \text{ пола} + S \text{ стен}$$

\*Примечание: учитывается в расчете при необходимости обработки потолка.

Площадь стен (S стен) рассчитывается по формуле:

$$S \text{ стен} = 2h \cdot (a + b), \text{ где:}$$

а) а - длина пола;

б) b - ширина пола;

в)  $h$  - высота помещения.

Допускается вместо высоты помещения обрабатывать стены на высоту не более 2 м.

3. Обеззараживание медицинской мебели (кушетки, кровати, каталки, матрасы с особым покрытием, стулья, прикроватные тумбочки) проводится в ООМД стационарного профиля в случае выписки или смерти инфекционного больного.

Площадь поверхности медицинской мебели, подлежащей обеззараживанию ( $S_m$ ), рассчитывается по формуле:

$$S_m = a \cdot b \cdot C, \text{ где:}$$

- а)  $a$  - длина стороны предмета мебели;
- б)  $b$  - ширина стороны предмета мебели;
- в)  $C$  - коэффициент, равный 1 - 4, в зависимости от того, сколько сторон обрабатывается.

Потребность в дезинфицирующем средстве для обработки поверхности при профилактической дезинфекции рассчитывается по формуле:

$$Ods(л) = 0,01 \cdot N \cdot K \cdot S \cdot KRc \cdot C, \text{ где:}$$

а)  $Ods(л)$  - общее количество дезинфицирующего средства, необходимое для обеззараживания поверхностей помещений, л;

б)  $N$  - норма расхода дезинфицирующего раствора дезинфицирующего средства (согласно инструкциям по применению конкретных препаратов и нормативным документам), мл/м<sup>2</sup>;

в)  $K$  - коэффициент, равный величине концентрации дезинфицирующего раствора по препарату, %;

г)  $C$  - количество суток в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год);

д)  $S$  - площадь обрабатываемых внутренних поверхностей, м<sup>2</sup>;

е)  $KRc$  - кратность обработки в сутки:

- 1) помещения приемного отделения хирургического стационара - 2 раза в сутки;
- 2) для палат с гнойно-септическими заболеваниями и послеоперационными гнойными осложнениями хирургических отделений, асептических палат - 1 раз в сутки;
- 3) стационаров и отделений новорожденных и недоношенных детей - 1 раз в сутки;
- 4) стол пеленальный, детские весы - после каждого осмотра новорожденного;
- 5) операционные, родильные залы - после каждой операции, приема родов, при наличии 1 родильного зала - раз в сутки при отсутствии родов;
- 6) послеродовое физиологическое отделение с отдельным и совместным пребыванием матери и ребенка, отделение новорожденных - после третьего кормления новорожденных;
- 7) палат акушерских стационаров - 1 раз в сутки;
- 8) палат инфекционных отделений - 2 раза в сутки.

Потребность в дезинфицирующем средстве для очистки и обеззараживания поверхностей при генеральной уборке с кратностью обработки 1 раз в неделю рассчитывается по формуле:

$$Ods(л) = 0,01 \cdot N \cdot K \cdot S \cdot H, \text{ где:}$$

а)  $Ods(л)$  - общее количество дезинфицирующего средства, необходимое для обеззараживания поверхностей помещений, л;

б)  $N$  - норма расхода дезинфицирующего раствора дезинфицирующего средства (согласно инструкциям по применению конкретных препаратов и нормативным документам), мл/м<sup>2</sup>;

в)  $K$  - коэффициент, равный величине концентрации дезинфицирующего раствора по препарату, %;

г)  $S$  - площадь обрабатываемых внутренних поверхностей, м<sup>2</sup>;

д) Н - количество недель в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год), если генеральная уборка проводится еженедельно. Если уборка проводится 1 или 2 раза в месяц, то Н равно соответственно 1 или 2 и при расчете количества дезинфицирующих средств Ods на квартал, полугодие или год необходимо рассчитанный месячный объем умножить на количество месяцев соответственно в квартале, полугодии, году.

4. При определении потребности в дезинфицирующем средстве для обеззараживания санитарно-технического оборудования, наружных поверхностей технологических емкостей исходят из нормативов для расчетов площадей сантехнического оборудования:

- а) 1 ванны - 3 м<sup>2</sup>;
- б) 1 унитаза или биде - 0,5 м<sup>2</sup>;
- в) 1 раковины - 0,5 м<sup>2</sup>;
- г) 1 душевого поддона - 1 м<sup>2</sup>.

5. Потребность в дезинфицирующем средстве для обеззараживания поверхности санитарно-технического оборудования рассчитывается по формуле:

$$Odssan(l) = 0,01 \cdot N \cdot K \cdot S \cdot KRc \cdot C, \text{ где:}$$

- а) Odssan(l) - общее количество дезинфицирующего средства, необходимое для обеззараживания поверхностей санитарно-технического оборудования, л;
- б) N - норма расхода дезинфицирующего раствора (согласно инструкциям по применению конкретных препаратов и нормативным документам), мл/м<sup>2</sup>;
- в) K - коэффициент, равный величине концентрации дезинфицирующего раствора по препарату, %;
- г) S - общая площадь обрабатываемого санитарно-технического оборудования, м<sup>2</sup>;
- д) KRc - кратность обработки в сутки;
- е) C - количество суток в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год).

Потребность в дезинфицирующем средстве для обеззараживания внутренних поверхностей технологических емкостей (для дезинфекции, замачивания, очистки) рассчитывается по формуле:

$$Ods\ t(l) = 0,01 \cdot Vd \cdot K \cdot Q, \text{ где:}$$

- а) Ods t(l) - общее количество дезинфицирующего средства, необходимое для обеззараживания технологических емкостей, л;
- б) Vd - объем дезинфицирующего раствора, необходимый для заполнения емкостей, л;
- в) K - коэффициент, равный величине концентрации дезинфицирующего раствора по препарату, %;
- г) Q - число обработок в расчетный период (месяц, квартал, полугодие, год).

Определение потребности в дезинфицирующем средстве для обеззараживания белья.

Норма расхода рабочего раствора дезинфицирующего средства при обеззараживании белья, загрязненного выделениями и кровью при инфекциях бактериальной и вирусной этиологии, составляет 4 л на 1 кг сухого белья и 5 л на 1 кг сухого белья при туберкулезе, холере и других кишечных инфекциях.

Потребность в дезинфицирующем средстве для обеззараживания белья рассчитывается по формуле:

$$Odsb(l) = 0,01 \cdot K \cdot Nd \cdot Kb \cdot C, \text{ где:}$$

- а) Odsb(l) - общее количество дезинфицирующего средства для обеззараживания белья, л;
- б) K - коэффициент, равный величине концентрации дезинфицирующего раствора по препарату, %;
- в) Nd - норма расхода дезинфицирующего раствора для обеззараживания белья, л/кг;
- г) Kb - количество обрабатываемого белья в сутки, кг;

д) С - количество суток в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год).

Определение потребности в дезинфицирующем средстве для обеззараживания посуды.

Норма расхода дезинфицирующего раствора для обеззараживания посуды составляет 2 л на 1 комплект (2 тарелки, стакан или чашка с блюдцем, 2 ложки, вилка, нож).

Потребность в дезинфицирующем средстве для обеззараживания посуды рассчитывается по формуле:

$$\text{Odspos(л)} = 0,01 \cdot K \cdot 2 \cdot KР \cdot C, \text{ где:}$$

а) Odspos(л)- общее количество дезинфицирующего средства, необходимое для обеззараживания посуды, л;

б) К - коэффициент, равный величине концентрации дезинфицирующего раствора по препарату, %;

в) 2 - норма расхода дезинфицирующего раствора на 1 комплект посуды, л;

г) КР - количество комплектов посуды за сутки, равный количеству больных  $\times 3$ ;

д) С - количество суток в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год).

6. Определение потребности в дезинфицирующем средстве для обеззараживания предметов ухода за больными, игрушек, уборочного инвентаря, лабораторной посуды.

Согласно существующим нормативам:

а) игрушки погружают в раствор, закрывают крышкой, препятствуя их всплытию;

б) термометры, предметы ухода за больными (судна, утки, поильники, грелки, пузыри для льда, подкладные круги, клеенки, клеенчатые чехлы для матрасов, клеенчатые нагрудники) полностью погружают в раствор;

в) лабораторные инструменты, иглы, капилляры, предметные стекла, пробирки, меланжеры, счетные камеры, кюветы фотоэлектromетра, пипетки, наконечники, резиновые груши, баллоны и так далее, посуду обеззараживают после каждого использования.

Использованные объекты погружают в дезинфицирующий раствор. Объекты, имеющие внутренние каналы, перед этим заполняют дезинфицирующим раствором (в объеме 5 - 10 мл) с помощью груши для удаления остатков крови и сыворотки.

Фактический расход дезинфицирующего раствора для полного погружения изделия в раствор и заполнения его полостей определяется измерением внутреннего объема емкостей, используемых для обеззараживания.

Потребность в дезинфицирующем средстве для обеззараживания предметов ухода за больными, игрушек, уборочного инвентаря, лабораторной посуды рассчитывается по формуле:

$$\text{Odsp(л)} = 0,01 \cdot K \cdot Vd \cdot C, \text{ где:}$$

а) Odsp(л) - общее количество дезинфицирующего средства, необходимое для обеззараживания предметов ухода за больными, игрушек, уборочного инвентаря, л;

б) К - коэффициент, равный величине концентрации дезинфицирующего раствора по препарату, %;

в) Vd - объем дезинфицирующего раствора, необходимый для полного погружения изделия в раствор и заполнения его полостей, л;

г) С - количество суток в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год).

7. Определение потребности в средствах для предстерилизационной очистки и обеззараживания изделий медицинского назначения многократного применения.

Согласно установленным нормативам, расход дезинфицирующего или моющего раствора средства с учетом полного погружения изделия в раствор и заполнения его полостей составляет:

а) 1 шприц - 0,1 л;

б) одна система переливания крови - 0,5 л;

в) 1 комплект для осмотра шейки матки - 2,5 л;

- г) 1 набор для приема родов - 3 л;
- д) набор для полостной гинекологической операции - 10 л;
- е) набор для акушерской операции (кесарево сечение) - 6 л;
- ж) набор для восстановления промежности (после родов с перинео- или эпизиотомией) - 3 л.

8. Определение потребности в средствах для предстерилизационной очистки и обеззараживания изделий медицинского назначения многократного применения проводится исходя из фактического расхода дезинфицирующего раствора, необходимого для полного погружения изделия в раствор и заполнения его полостей, который определяется измерением внутреннего объема емкостей, используемых для обработки.

Потребность в средствах для предстерилизационной очистки и обеззараживания изделий медицинского назначения многократного применения рассчитывается по формуле:

$$Odsimn(l) = 0,01 \cdot K \cdot Vd \cdot (C:Cг), \text{ где:}$$

а)  $Odsimn(l)$  - общее количество средства для предстерилизационной очистки и обеззараживания изделий медицинского назначения многократного применения, л;

б)  $K$  - коэффициент, равный величине концентрации дезинфицирующего или моющего раствора по препарату, %;

в)  $Vd$  - расход дезинфицирующего или моющего раствора на комплект изделий медицинского назначения при полном погружении, л:

1) для стоматологических кабинетов, поликлиник - 1 комплект = 1 посещению;

2) для эндоскопических кабинетов, отделений 1 комплект = 1 исследованию;

3) для хирургических кабинетов поликлиник, отделений стационара 1 комплект = 1 операции;

г)  $Cг$  - фактический срок годности дезинфицирующего или моющего раствора в сутках (определяется эмпирическим путем с момента первого погружения ИМН в раствор до визуального изменения раствора - помутнения, изменения цвета, появления хлопьев, осадка); для растворов сроком годности 1 сутки  $Cг = 1$ ;

д)  $C$  - количество суток в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год).

9. Определение потребности в дезинфицирующем средстве для обеззараживания изделий медицинского назначения однократного применения, перевязочного материала, загрязненного инфицированными биологическими жидкостями, выделений, остатков пищи, рвотных масс и тому подобных.

Одноразовые изделия медицинского назначения, перевязочный материал, загрязненный инфицированными биологическими жидкостями, биологические выделения, остатки пищи, рвотные массы и тому подобные относятся к классу Б (опасные, рискованные отходы) или В (чрезвычайно опасные отходы) и подвергаются обеззараживанию.

Потребность в дезинфицирующем средстве для обеззараживания изделий медицинского назначения однократного применения рассчитывается по формуле:

$$Odsimnod(l) = 0,01 \cdot K \cdot Kd \cdot KIMod \cdot C, \text{ где:}$$

а)  $Odsimnod(l)$  - общее количество дезинфицирующего средства для обеззараживания изделий медицинского назначения однократного применения, л;

б)  $K$  - коэффициент, равный величине концентрации дезинфицирующего раствора по препарату, %;

в)  $Kd$  - норма расхода дезинфицирующего раствора на 1 изделие медицинского назначения однократного применения (или комплект) соответствует нормам расхода рабочего раствора для обеззараживания изделий медицинского назначения многократного применения, л;

г)  $KIMod$  - количество обрабатываемых изделий медицинского назначения однократного применения в сутки;

д) С- количество суток в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год).

10. Определение потребности в дезинфицирующем средстве для обеззараживания выделений, остатков пищи, перевязочного материала, загрязненного инфицированными биологическими жидкостями.

При определении потребности используются эффективные нормы расхода дезинфицирующего раствора (л): от 4 до 5 л - на 1 кг для обеззараживания перевязочного материала, загрязненного инфицированными биологическими жидкостями, и 2 л - на 1 кг для обеззараживания выделений, остатков пищи, рвотных масс, а также нормы, указанные в методических указаниях (инструкциях) по применению конкретного средства.

Потребность в дезинфицирующем средстве для обеззараживания выделений, остатков пищи, рвотных масс и тому подобных и перевязочного материала, загрязненного инфицированными биологическими жидкостями, рассчитывается по формуле:

$$Ods_{в(л)} = 0,01 \cdot K \cdot Nd \cdot Km \cdot C, \text{ где:}$$

а)  $Ods_{в(л)}$  - общее количество дезинфицирующего средства для обеззараживания выделений, остатков пищи, перевязочного материала, л;

б) К - коэффициент, равный величине концентрации дезинфицирующего раствора по препарату, %;

в) Nd - норма расхода дезинфицирующего раствора для обеззараживания 1 кг выделений, остатков пищи, перевязочного материала, л;

г) Km - количество обрабатываемого перевязочного материала (выделений, остатков пищи) в сутки, кг;

д) С - количество суток в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год).

Потребность в сухом дезинфицирующем средстве (порошках, гранулах) для обеззараживания выделений, остатков пищи, перевязочного материала, загрязненного инфицированными биологическими жидкостями, рассчитывается по формуле:

$$Ods_{во(кг)} = Nds \cdot Km \cdot C, \text{ где:}$$

а)  $Ods_{во(кг)}$  - общее количество дезинфицирующего средства для обеззараживания выделений остатков пищи, перевязочного материала, кг;

б) Nds - норма расхода дезинфицирующего средства для обеззараживания 1 кг выделений, остатков пищи, перевязочного материала, кг;

в) Km - количество обрабатываемого перевязочного материала (выделений, остатков пищи) в сутки, кг;

г) С - количество суток в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год).

11. Определение потребности в дезинфицирующем средстве для обеззараживания контейнеров.

Потребность в дезинфицирующем средстве для обеззараживания контейнеров (расчет проводится по площади многоцветных контейнеров) рассчитывается по формуле:

$$Ods_{к(л)} = 0,01 \cdot N \cdot K \cdot S_k \cdot Q, \text{ где:}$$

а)  $Ods_{к(л)}$  - общее количество дезинфицирующего средства, необходимое для обеззараживания контейнеров, л;

б) N - норма расхода дезинфицирующего раствора дезсредства (согласно инструкциям по применению конкретных препаратов и нормативным документам), мл/м<sup>2</sup>;

в) К - коэффициент, равный величине концентрации дезинфицирующего раствора по препарату, %;

г) S<sub>к</sub> - общая площадь многоцветного контейнера, подлежащего обеззараживанию (стандарт - 6 м<sup>2</sup>), м<sup>2</sup>;

д) Q - количество процедур обеззараживания в расчетном периоде (день, месяц, квартал, полугодие, год).

12. Определение потребности в средстве для предстерилизационной и окончательной очистки эндоскопов.

Потребность в средстве для предстерилизационной и окончательной очистки эндоскопов рассчитывается по формуле:

$$O_{dpsoe}(л) = 0,01 \cdot K \cdot V_d \cdot (C : C_r), \text{ где:}$$

а)  $O_{dpsoe}(л)$  - общее количество средства, необходимое для предстерилизационной или окончательной очистки эндоскопов, л;

б)  $K$  - коэффициент, равный величине концентрации раствора средства по препарату, %;

в)  $V_d$  - объем раствора средства для полного погружения эндоскопа с заполнением его внутренних каналов, л;

г)  $C_r$  - фактический срок годности моющего раствора в сутках (определяется эмпирическим путем с момента первого погружения ИМН в раствор до визуального изменения раствора - помутнения, изменения цвета, появления хлопьев, осадка); для растворов сроком годности 1 сутки  $C_r = 1$ ;

д)  $C$  - количество суток в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год).

13. Определение потребности в дезинфицирующем средстве для дезинфекции высокого уровня эндоскопов, стерилизации изделий медицинского назначения многократного применения, эндоскопов и инструментов к ним.

Потребность в стерилизующем средстве для дезинфекции высокого уровня эндоскопов, стерилизации изделий медицинского назначения многократного применения, эндоскопов и инструментов к ним рассчитывается по формуле:

$$O_{sddvu}(л) = 0,01 \cdot K \cdot V_{sd} \cdot (C : C_r), \text{ где:}$$

а)  $O_{sddvu}(л)$  - общее количество стерилизующего средства, необходимое для дезинфекции высокого уровня эндоскопов и инструментов к ним, стерилизации изделий медицинского назначения многократного применения, эндоскопов и инструментов к ним, л;

б)  $K$  - коэффициент, равный величине концентрации стерилизующего раствора по препарату, %;

в)  $V_{sd}$  - объем дезинфицирующего, стерилизующего раствора, необходимый для полного погружения изделия медицинского назначения многократного применения или эндоскопа и инструментов к нему с заполнением внутренних каналов и полостей при дезинфекции высокого уровня или стерилизации, л;

г)  $C_r$  - фактический срок годности дезинфицирующего, стерилизующего раствора в сутках (определяется эмпирическим путем с момента первого погружения ИМН в раствор до визуального изменения раствора - помутнения, изменения цвета, появления хлопьев, осадка); для растворов сроком годности 1 сутки  $C_r = 1$ ;

д)  $C$  - количество суток в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год).

Потребность в стерилизующих (дезинфицирующих) средствах, производимых в виде готовых стерилизующих (дезинфицирующих) растворов, предназначенных для ДВУ эндоскопов, стерилизации изделий медицинского назначения многократного применения, в том числе эндоскопов и инструментов к ним, рассчитывается по формуле:

$$O_{sd}(л) = V_{sd}(л) \cdot (C : C_r), \text{ где:}$$

а)  $O_{sd}(л)$  - общее количество стерилизующего (дезинфицирующего) средства, необходимое для ДВУ или стерилизации эндоскопов или ИМН многократного применения, л;

б)  $V_{sd}(л)$  - объем стерилизующего (дезинфицирующего) средства, необходимый для полного погружения ИМН многократного применения или эндоскопа и инструментов к

нему с заполнением внутренних каналов и полостей при дезинфекции высокого уровня или стерилизации, л;

в) Сг - фактический срок годности дезинфицирующего, стерилизующего раствора в сутках (определяется эмпирическим путем с момента первого погружения ИМН в раствор до визуального изменения раствора - помутнения, изменения цвета, появления хлопьев, осадка); для растворов сроком годности 1 сутки Сг = 1;

г) С - количество суток в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год).

14. Определение минимальной потребности в кожных антисептиках для обработки рук хирургов, операционных сестер, акушеров, других специалистов, участвующих в операции, приеме родов, медицинских сестер процедурных кабинетов, отделений интенсивной терапии, реанимации, антисептиках для обработки кожных покровов пациентов.

Нормы расхода антисептиков на обработку 1 пары рук медицинского персонала/1 операционного поля:

а) спиртосодержащий антисептик:

б) для обработки 1 пары рук члена операционной бригады, бригады по приему родов - 10 мл;

в) для обработки рук медицинской сестры перед инъекцией - 5 мл;

г) для обработки 1 операционного поля 5 - 80 мл (в зависимости от площади обрабатываемого кожного покрова);

д) для обработки 1 инъекционного поля - 5 мл;

е) жидкое мыло - кожный антисептик:

ж) для мытья 1 пары рук хирургов - 10 мл;

з) для гигиенического мытья 1 пары рук медицинского персонала - 5 мл.

Потребность в спиртосодержащих антисептиках для обработки рук хирургов, операционных сестер, акушеров и других специалистов, участвующих в оперативных вмешательствах, приеме родов, рассчитывается по формуле:

$$VR_{ov(л)} = \frac{Q_o \cdot Q_{ob} \cdot 10}{1000}, \text{ где}$$

а) VR<sub>ov(л)</sub> - общий объем спиртосодержащего антисептика для обработки рук перед оперативными вмешательствами, л;

б) Q<sub>o</sub> - количество операций;

в) Q<sub>ob</sub> - количество членов операционной бригады.

Потребность в спиртосодержащих антисептиках для обработки рук членов перевязочной бригады (хирурга, врача-реаниматолога, лечащего врача хирургического подразделения ООМД, медицинской сестры процедурного кабинета, палаты интенсивной терапии, реанимации) перед перевязками послеоперационных ран рассчитывается по формуле:

$$VR_{pp(л)} = \frac{Q_o \cdot 7 \cdot Q_{pb} \cdot 10}{1000}, \text{ где}$$

а) VR<sub>pp(л)</sub> - общий объем спиртосодержащего антисептика для обработки рук персонала перед перевязками послеоперационных ран, л;

б) Q<sub>o</sub> - количество операций;

в) Q<sub>pb</sub> - количество членов перевязочной бригады;

г) 7 - минимальное количество перевязок при первичном заживлении раны.

Потребность в спиртосодержащих антисептиках для обработки рук медицинской сестры процедурного кабинета, палаты интенсивной терапии, реанимации перед инъекциями рассчитывается по формуле:

$$VR_{i(л)} = \frac{C \cdot C_i \cdot 5}{1000}, \text{ где}$$

а)  $V_{Ri}(л)$  - общий объем спиртосодержащего антисептика для обработки рук перед инъекциями, л;

б)  $C$  - количество суток в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год);

в)  $C_i$  - среднее число инъекций в сутки.

Потребность в спиртосодержащих антисептиках для обработки операционного поля перед оперативными вмешательствами рассчитывается по формуле:

$$V_{OP(л)} = \frac{Q_o \cdot W}{1000}, \text{ где}$$

а)  $V_{OP}(л)$  - общий объем спиртосодержащего антисептика, необходимый для обработки операционных полей, л;

б)  $Q_o$  - количество операций;

в)  $W$  - среднее количество спиртосодержащего антисептика, необходимое для обработки операционного поля, мл.

Потребность в спиртосодержащих антисептиках для обработки послеоперационных ран рассчитывается по формуле:

$$V_{OR(л)} = \frac{Q_o \cdot 7 \cdot W}{1000}, \text{ где}$$

а)  $V_{OR}(л)$  - общий объем антисептика для обработки послеоперационных ран на перевязках, л;

б)  $Q_o$  - количество операций;

в)  $W$  - среднее количество спиртосодержащего антисептика, необходимое для обработки операционного поля, мл;

г) 7 - минимальное количество перевязок при первичном заживлении раны.

Потребность в спиртосодержащих антисептиках для обработки инъекционного поля рассчитывается по формуле:

$$V_{IP(л)} = \frac{C \cdot C_i \cdot 5}{1000}, \text{ где}$$

а)  $V_{IP}(л)$  - общий объем спиртосодержащего антисептика для обработки инъекционных полей, л;

б)  $C$  - количество суток в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год);

в)  $C_i$  - среднее число инъекций в сутки.

15. Определение потребности в жидком мыле - кожном антисептике для мытья рук хирургов, операционных сестер, акушеров и других специалистов, участвующих в оперативных вмешательствах, приеме родов перед оперативными вмешательствами, родами рассчитывается по формуле:

$$V_{mob(л)} = \frac{Q_o \cdot Q_{ob} \cdot 10}{1000}, \text{ где}$$

а)  $V_{mob}(л)$  - общий объем жидкого мыла - кожного антисептика для мытья рук перед оперативными вмешательствами, л;

б)  $Q_o$  - количество операций;

в)  $Q_{ob}$  - количество членов операционной бригады.

Потребность в жидком мыле - кожном антисептике для мытья рук членов перевязочной бригады (хирурга, врача-реаниматолога, лечащего врача хирургического подразделения ООМД, медицинской сестры процедурного кабинета, палаты интенсивной терапии, реанимации) перед перевязками послеоперационных ран рассчитывается по формуле:

$$V_{moR(л)} = \frac{Q_o \cdot 7 \cdot Q_{pb} \cdot 5}{1000}, \text{ где}$$

а)  $V_{moR(л)}$  - общий объем жидкого мыла - кожного антисептика для мытья рук перед перевязками послеоперационных ран, л;

б)  $Q_o$  - количество операций;

в)  $Q_{pb}$  - количество членов перевязочной бригады;

г) 7 - минимальное количество перевязок при первичном заживлении раны.

Потребность в жидком мыле - кожном антисептике для мытья рук медицинской сестры процедурного кабинета, палаты интенсивной терапии, реанимации перед инъекциями рассчитывается по формуле:

$$V_{mi(л)} = \frac{C \cdot C_i \cdot 5}{1000}, \text{ где}$$

а)  $V_{mi(л)}$  - общий объем жидкого мыла - кожного антисептика для мытья рук перед инъекциями, л;

б)  $C$  - количество дней в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год);

в)  $C_i$  - среднее число инъекций в сутки.

16. Для облегчения работы по дезинфекции и стерилизации в ООМД могут вестись журналы и использоваться следующие примерные расчетные формы:

Примерная форма журнала учета получения и выдачи дезинфицирующих, стерилизующих средств, средств для предстерилизационной очистки, кожных антисептиков

№ п/п	Дата получения	Наименование дезинфицирующего средства, единица измерения (л, кг, банка, флакон)	Количество полученного средства	Подпись ответственного лица	Дата выдачи	Отделение	Количество выданного средства	Подпись медработника	Остаток
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Примерная форма журнала расчетной потребности подразделения в дезинфицирующих, стерилизующих средствах, средствах для предстерилизационной очистки, кожных антисептиках

№ п/п	Объект дезинфекции	Наименование ДС	Концентрация раствора ДС по выбранному режиму инфекций	Норма расхода рабочих растворов ДС на 1 м <sup>2</sup> или на единицу обработки	Кратность обработок				Потребность			
					месяц	квартал	полугодие	год	месяц	квартал	полугодие	год
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Примерная форма журнала сводной расчетной потребности организации в дезинфицирующих, стерилизующих средствах, средствах для предстерилизационной очистки, кожных антисептиках

Наименование дез. средства	Наименование подразделения организации	Потребность в расчетный период			
		месяц	квартал	полугодие	год
1	2	3	4	5	6

к СанПиН МЗ ПМР 2.1.3.2630-20  
«Санитарно-эпидемиологические требования к организациям,  
осуществляющим медицинскую деятельность»

Перечень регистрируемых нозологических форм послеоперационных инфекций

Наименование заболевания	Шифр по МКБ-10
вирусные и бактериальные пневмонии	J12-J15
стрептококковая септицемия	A40
другая септицемия, в том числе:	A41
сепсис	A41.8
газовая гангрена	A48.0
бактериальный менингит, менингоэнцефалит и менингомиелит	G00, G04.2
энцефалит, миелит или энцефаломиелит неуточненный	G04.9
флебит и тромбофлебит	I80
острый перитонит	K65.0
остеомиелит	M86
неудачный медицинский аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов	O07.0
расхождение краев операционной раны, не классифицированное в других рубриках	T81.3
инфекция, связанная с процедурой, не классифицированная в других рубриках	T81.4
инфекция, связанная с протезом сердечного клапана, другими сердечными и сосудистыми устройствами, имплантатами и трансплантатами	T82.6,7
инфекции, обусловленные протезным устройством, имплантатом, трансплантатом в мочеполовой системе	T83.5,6
инфекции, обусловленные эндопротезированием, внутренним фиксирующим устройством, внутренними протезными устройствами, имплантатами, трансплантатами	T84.5,6,7
инфекция ампутированной культы	T87.4
инфекция и воспалительная реакция, обусловленные другими внутренними протезными устройствами, имплантатами и трансплантатами	T85.7
инфекции, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией	T80.2
острый цистит	N30.0
уретральный абсцесс	N34.0
инфекции мочевыводящих путей без установленной локализации	N39.0
другие инфекционные заболевания, носительство возбудителей инфекционных заболеваний, возникшие во время пребывания в лечебной организации	обозначаются кодами по МКБ-10 соответственно нозологической форме

Приложение № 19  
к СанПиН МЗ ПМР 2.1.3.2630-20  
«Санитарно-эпидемиологические требования к организациям,  
осуществляющим медицинскую деятельность»

Рекомендуемый порядок расследования групповых внутрибольничных заболеваний среди  
новорожденных и родильниц

1. Выявление источников инфекции при групповых заболеваниях проводят на основании данных клинического и микробиологического обследования новорожденных, родильниц и медицинского персонала.

2. В процессе расследования групповой заболеваемости эпидемиологический анализ включает:

а) анализ заболеваемости ВБИ новорожденных и родильниц в данном стационаре и функционально связанных с ним ООМД во время вспышки, за месяц, предшествующий возникновению групповых заболеваний, при необходимости - за более длительный период времени;

б) изучение особенностей клинического течения ВБИ новорожденных и родильниц;

в) изучение этиологической структуры ВБИ и характеристики возбудителей, выделенных от новорожденных и родильниц;

г) изучение инфекционной заболеваемости (носительства) медицинского персонала с определением этиологической структуры;

д) анализ данных санитарно-бактериологических исследований объектов окружающей среды в ООМД;

е) сопоставление данных этиологии ВБИ новорожденных, родильниц, медицинского персонала и результатов контроля стерильности и исследования объектов окружающей среды;

ж) выявление источников инфекции, определение ведущих факторов передачи и условий, способствующих возникновению групповых заболеваний;

з) разработка и реализация комплекса противоэпидемических мероприятий по локализации и ликвидации групповых внутрибольничных заболеваний.

3. Анализ заболеваемости ВБИ в акушерском стационаре базируется на:

а) материалах официальной регистрации случаев инфекционных заболеваний («Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививки» - форма № 058/у, журнал учета инфекционных заболеваний - форма № 060/у);

б) результатах изучения историй родов (форма № 096/у) и историй развития новорожденных (форма № 097/у);

в) результатах изучения журналов отделения (палат) для новорожденных (форма № 102/у) и журналов записи оперативных вмешательств в стационаре (форма № 008/у);

г) информации о заболеваемости, поступающей из детских поликлиник и больниц, женских консультаций, гинекологических и хирургических отделений больниц для взрослых;

д) протоколах (картах) патологоанатомических исследований (форма № 013/у), врачебных свидетельств о смерти;

е) результатах прижизненных и посмертных исследований умерших за последние 1 - 3 месяца, данных органов записи актов гражданского состояния (ЗАГС) об умерших новорожденных и родильницах.

4. При изучении особенностей клинического течения инфекционных заболеваний новорожденных учитывают:

а) начало заболевания (по типу гастроэнтерита - при пищевом пути передачи; более медленное развитие клинических проявлений - при контактно-бытовой передаче; возникновение тяжелых септических форм через 1 - 2 суток после рождения при массивном заражении во время обработки пупочной раны и так далее);

б) соотношение тяжелых и легких форм клинического течения (преобладание среднетяжелых и тяжелых форм при пищевом пути передачи, связанном с жидкими лекарственными формами и искусственным вскармливанием; при контактно-бытовом пути передачи, в том числе через руки медицинского персонала, тяжесть инфекции определяется местом внедрения возбудителя и изначальным состоянием новорожденного; при искусственном механизме передачи - тяжесть течения определяется травматичностью медицинского вмешательства, его локализацией и массивностью обсеменения);

в) соотношение генерализованных и локализованных форм ВБИ.

Для дифференциации заболеваний внутриутробного характера применяют следующие ориентировочные критерии:

1) возникновение клинических проявлений в течение первых 72 часов после рождения;

2) идентичность микрофлоры матери и возбудителя заболевания у ребенка.

Маловероятен внутриутробный характер инфицирования при таких нозологических формах, как инфекционный мастит, гнойно-воспалительные заболевания кожи, перитонит, омфалит, дакриоцистит, изолированные инфекции мочевых путей или энтероколит.

Инфекции, проявившиеся после 4 суток (96 часов) жизни, связаны в основном с внутрибольничным инфицированием за исключением некоторых вирусных болезней (герпетическая, цитомегаловирусная и другие инфекции).

При такой нозологической форме как конъюнктивит, внутриутробное заражение характерно только для специфических инфекций (гонорея, хламидиоз), при этом клинические проявления болезни могут быть отсрочены; стафилококковые и другие бактериальные конъюнктивиты обусловлены преимущественно внутрибольничным заражением.

Заключение о внутрибольничном или внутриутробном характере инфицирования основывается также на результатах анализа эпидемиологической ситуации в ООМД родовспоможения с учетом заболеваемости персонала и результатов микробиологического мониторинга.

5. Для изучения этиологической структуры ВБИ и характеристики выделенных возбудителей проводятся исследования:

- а) материала из закрытого патологического локуса (наиболее достоверные результаты);
- б) отделяемого патологического очага (с количественным определением возбудителя);
- в) выделений (моча, фекалии, мокрота) в зависимости от клинических проявлений;
- г) крови (при явлениях септицемии, сепсиса);
- д) ликвора (при менингеальных явлениях);
- е) материала от лиц, общавшихся с больными.

6. Изучение инфекционной заболеваемости у медицинского персонала проводится за 1 - 3 месяца, предшествующие возникновению групповых заболеваний по:

- а) листкам о нетрудоспособности;
- б) табелям учета рабочего времени;
- в) данным диспансерного наблюдения.

Во время вспышки ВБИ с целью выявления источников инфекции среди медицинского персонала проводится клиническое и бактериологическое обследование.

При стафилококковой этиологии вспышки (золотистый стафилококк) проводится обследование медицинского персонала на носительство стафилококка на слизистых передних отделов носа, при стрептококковой инфекции исследуются мазки из зева. При заболеваниях, вызванных грамотрицательными бактериями, большое значение приобретают исследования, направленные на выявление лиц с вялопротекающей почечной патологией (пиелонефриты). При вспышке сальмонеллезов и других кишечных инфекций проводится бактериологическое исследование фекалий.

7. При расследовании вспышки составляют пофамильные списки:

- а) больных и умерших во время регистрации групповых инфекционных заболеваний в акушерском стационаре (таблица № 1 настоящего Приложения);
- б) новорожденных и родильниц, контактировавших с заболевшими и умершими (таблица № 2 настоящего Приложения);
- в) новорожденных и родильниц, переболевших за 1 - 3 месяца до возникновения вспышки (таблица № 3 настоящего Приложения);
- г) медицинского персонала, переболевшего за 1 - 3 месяца до вспышки (таблица № 4 настоящего Приложения).

8. Во время групповых заболеваний расширяются масштабы санитарно-бактериологических исследований на патогенные и условно-патогенные микроорганизмы с учетом эпидемиологической значимости объектов окружающей среды и предполагаемого этиологического фактора (таблица № 5 настоящего Приложения).

9. Выявляются условия, способствующие возникновению групповых заболеваний. В их числе могут быть:

- а) несвоевременная изоляция и перевод больных;

- б) лечение малых форм ВБИ в акушерском стационаре;
- в) нарушение цикличности заполнения палат;
- г) нарушения в работе централизованного стерилизационного отделения, аптеки, комнаты для сбора, пастеризации и хранения грудного молока, дезинфекционных камер;
- д) использование нестерильного белья;
- е) перебои в снабжении бельем, нарушения в работе прачечной;
- ж) несоблюдение медицинским персоналом санитарно-гигиенических и противоэпидемических правил и требований;
- з) аварийные ситуации в системе водоснабжения, канализации, вентиляции, электросети;
- и) недостаточная обеспеченность моющими, дезинфицирующими и стерилизующими средствами;
- к) несоответствие количества родов мощности стационара;
- л) низкая материально-техническая оснащенность родильного дома (отделения).

10. На основании анализа заболеваемости ВБИ новорожденных, их этиологической структуры, особенностей клинического течения, условий, способствующих возникновению групповых заболеваний, биологической характеристики штаммов микроорганизмов, циркулирующих в стационаре, делается заключение о причинах группового заболевания, типе эпидемического процесса, источниках инфекции, ведущих путях и факторах передачи возбудителей инфекции, обусловивших возникновение заболеваний. С учетом этого заключения разрабатывается и реализуется комплекс противоэпидемических и профилактических мероприятий по локализации и ликвидации групповых внутрибольничных заболеваний, включающих назначение средств специфической и неспецифической профилактики с целью повышения защитных реакций организма.

Таблица № 1

Список заболевших и умерших новорожденных детей во время групповых инфекционных заболеваний в родильном доме (отделении)

№ п/п	Ф. И. О.	№ истории родов (развития новорожденного)	отделение, № палаты	Даты						Диагноз : первичный, заключительный и патологоанатомический	Результаты бактериологических исследований	
				поступления	родов	передвижения в отделении	выписка (перевода), смерти	заболевания	госпитализации		дата забора материала	указать исслед. материал и возбудитель
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Таблица № 2

Список и результаты бактериологического обследования новорожденных и родильниц, контактных с заболевшими

№ п/п	Ф. И. О.	№ истории родов (развития новорожденного)	Отделение, № палаты	Даты					Исследуемый материал	Результаты бактериологического исследования
				поступления	родов	выписки (перевода)	Передвижение по палатам	исследования		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Таблица № 3

Список и результаты бактериологического обследования новорожденных и родильниц, переболевших за 1 - 3 месяца до возникновения групповых заболеваний

№ п/п	Ф. И. О. новорожденного	№ истории родов (развития новорожденного)	Отделение, № палаты	Даты				Диагноз	Дата бактериологического исследования (забора материала)	Материал и результат бактериологического исследования
				рождения	выписки	заболевания	госпитализации			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Таблица № 4

Список и результаты бактериологического обследования медицинского персонала, переболевшего за 1 - 3 месяца до возникновения групповых заболеваний

№ п/п	Ф. И. О.	Должность	Отделение (указать обслуживаемые палаты)	Заболелаемость в предшествующие 1 - 3 месяца		Дата выхода на работу	Дата бактериологического исследования	Результат
				сроки	диагноз			
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Таблица № 5

Результаты исследований объектов окружающей среды

№ отделения	Смывы										
	дата взятия смывов	место взятия смывов	количество смывов	число положительных результатов	в том числе						
					кишечная палочка	стафилококк	клебсиелла	синегнойная палочка	протей	сальмонеллы	другие виды возбудителей
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Воздух							Грудное молоко, растворы для питья, лекарственные формы						
дата отбора проб	место отбора проб	количество проб	число положительных результатов	в том числе			дата и место отбора	исследуемый материал	количество проб	из них с положительным результатом	количество титров	общее микробное число	выделяемая флора
				общее количество в 1 м3	количество стафилококков в 1 м3	другие виды возбудителей							
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Материалы на стерильность			Химический контроль					
место отбора материалов	количество проб	из них с положительным результатом	дез. растворы			сухие дез. раствора		
			дата и место отбора	количество проб	из них с содержанием хлорактивных веществ	дата и место отбора	количество проб	из них с содержанием хлорактивных веществ
27	28	29	30	31	32	33	34	35

Примечание: при неудовлетворительном результате исследования в соответствующие графы вносятся результаты по каждой неудовлетворительной пробе с указанием рода, вида, серо- или фаговара возбудителя.

к СанПиН МЗ ПМР 2.1.3.2630-20  
«Санитарно-эпидемиологические требования к организациям,  
осуществляющим медицинскую деятельность»

Порядок уборки помещений различных структурных отделений акушерского стационара

Приемно-смотровое отделение	Родовое отделение				Отделение новорожденных	Обсервационное отделение
	Предродовые палаты	Родильный зал, боксированный родильный блок	вспомогательные помещения	Послеродовое физиологическое отделение с раздельным и совместным пребыванием матери и ребенка		
1	2	3	4	5	6	7
Текущая уборка						
Влажная уборка 2 раза в день с использованием моющего средства, 1 раз в сутки уборка с использованием дезинфицирующего средства. После каждой уборки обеззараживание воздуха. После обеззараживания воздуха УФ-излучением помещение проветривают в течение 20 минут. Обработку помещений проводят в следующем порядке: сначала - комнату - фильтр, затем смотровую, душевую, санузел.		1. При наличии 1 родильного зала уборка с применением дезинфицирующего средства - 1 раз в сутки при отсутствии родов, производится обеззараживание воздуха. После обеззараживания воздуха УФ-излучением помещение проветривают в течение 20 минут.	Влажная уборка с использованием дезинфицирующего средства не реже 1 раза в день	Ежедневно влажная уборка – 3 раза в день, из них – 2 раза с использованием моющего средства, третий раз – с применением дезинфицирующего средства		Ежедневно влажная уборка – 3 раза в день, из них – 2 раза с использованием моющего средства, третий раз – с применением дезинфицирующего средства
		2. При наличии 2 и более родзалов (боксированных родблоков) уборку проводят в каждом из них после приема родов				
Уборка по типу заключительной дезинфекции						
		При наличии 1 родильного	1 раз в неделю	После выписки родильницы		1 раз в неделю (стены -

		<p>о зала уборку проводят не реже 1 раза в три дня. При наличии 2 родзалов, в боксированном родблоке уборку проводят поочередно в каждом из них с применением дезинфицирующего средства. После каждой уборки все объекты и поверхности в помещениях протирают салфеткой, смоченной водопроводной водой, воздух обеззараживают. После обеззараживания воздуха УФ-излучением помещение проветривают в течение 20 минут. Дату проведения дезинфекции фиксируют в журнале.</p>	<p>и новорожденного или при переводе в наблюдательное отделение с применением дезинфицирующего средства</p>		<p>на высоту 2 м) с применением дезинфицирующего средства</p>
			<p>После каждой уборки все объекты и поверхности в помещениях протирают салфеткой, смоченной водопроводной водой, воздух обеззараживают. После обеззараживания воздуха УФ-излучением помещение проветривают в течение 20 минут. После выписки родильницы проводят заключительную дезинфекцию.</p>		

Приложение № 21  
к СанПиН МЗ ПМР 2.1.3.2630-20  
«Санитарно-эпидемиологические требования к организациям,  
осуществляющим медицинскую деятельность»

Перечень регистрируемых нозологических форм инфекционных заболеваний в  
акушерских стационарах

Наименование заболевания	Шифр по МКБ-10
у новорожденных:	
конъюнктивит и дакриоцистит	P 39.1
Пиодермия	L 08.0
другие местные инфекции кожи и подкожной клетчатки	L 08.9
флебит пупочной вены и других локализаций	I 80.8
местная инфекция кожи и подкожной клетчатки панарициев, паронихий	L 08.9
Омфалит	P 38
Отит	H 66.0
импетиго, пемфигус, везикулопустулез	L 01
синдром стафилококкового поражения кожи (пузырчатка)	L 00
мастит	P 39.0
Энтероколит	A 04.9
пневмония (бактериальная и вирусная)	G 15; G 12
абсцесс кожи, флегмона	L 02
карбункул, фурункул	L 03
менингит	G 00
остеомиелит	M 86.0,1,2,8
сепсис	P 36
постинъекционные инфекции	T 80.2
сальмонеллез	A 02
вирусные гепатиты В, С	B 16; B 17.1
другие инфекционные заболевания	P 39
у родильниц:	
расхождение швов после кесарева сечения	090.0
расхождение швов промежности	090.1
другие послеродовые инфекции (эндометрит)	086
перитонит	K 65.0
сепсис послеродовый	085
инфекция соска, инфекция молочной железы	091.0; 091.1
постинъекционные инфекции	T 80.2
пневмония бактериальная и вирусная	G 15; G 12
цистит, уретрит, пиелонефрит	N 30.0; N 34.0; N 39.0
сальмонеллез	A 02
вирусные гепатиты В, С	B 16; B 17.1
Внутриутробные инфекции	190