

ПОСТАНОВЛЕНИЕ КАБИНЕТА МИНИСТРОВ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

г.Бишкек, от 12 декабря 2023 года № 663

Об утверждении Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

В целях усиления мер по профилактике внутрибольничного инфицирования при оказании медицинской помощи населению, в соответствии со статьей 18 Закона Кыргызской Республики "Об общественном здравоохранении", статьями 13, 17 конституционного Закона Кыргызской Республики "О Кабинете Министров Кыргызской Республики" Кабинет Министров Кыргызской Республики постановляет:

1. Утвердить Инструкцию по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики согласно приложению.

2. Министерству здравоохранения Кыргызской Республики принять меры, вытекающие из настоящего постановления.

3. Установить, что реализация настоящего постановления организациями здравоохранения, финансируемыми из республиканского бюджета, осуществляется в пределах средств, предусмотренных на соответствующий год.

4. Признать утратившим силу постановление Правительства Кыргызской Республики "Об утверждении Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики" от 12 января 2012 года № 32.

5. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на управление контроля исполнения решений Президента и Кабинета Министров Администрации Президента Кыргызской Республики.

6. Настоящее постановление вступает в силу по истечении пятнадцати дней со дня официального опубликования.

Опубликован в газете "Эркин Тоо" от 19 декабря 2023 года N 100

**Председатель Кабинета
Министров Кыргызской
Республики**

А.Жапаров

Приложение
(к постановлению Кабинета
Министров Кыргызской
Республики
от 12 декабря 2023 года № 663)

ИНСТРУКЦИЯ по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Глава 1. Основные положения

1. Настоящая Инструкция определяет санитарно-эпидемиологические правила по проведению безопасных медицинских процедур, дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации изделий медицинского назначения, медицинского оборудования и инвентаря в целях профилактики внутрибольничных инфекций и инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи населению.

2. В настоящей Инструкции используются основные термины, понятия и их определения:

1) **антисептика рук** - применение химических веществ, обладающих антимикробным действием и предназначенных для использования на коже, для деконтаминации рук. В зависимости от поставленной цели и требуемой степени деконтаминации различают гигиеническую и хирургическую антисептику рук;

2) **антисептика рук хирургическая** - антисептика рук хирургического персонала в предоперационном периоде, целью которой является удаление или уничтожение транзитной микрофлоры и снижение численности резидентной флоры. Антисептические препараты на спиртовой основе;

3) **анестезиологический риск** - оценка риска анестезии и операции по тяжести соматического состояния пациента, система классификации физического статуса пациента (physical status classification system - ASA);

4) **бактерицидное ультрафиолетовое облучение** - мера контроля состояния окружающей среды, направленная на уничтожение или инактивацию таких микроорганизмов, как *M.tuberculosis* и другие, под воздействием УФО;

5) **гигиена рук медицинских работников** - общее понятие, обозначающее ряд мероприятий, включающих мытье рук, антисептику рук и косметический уход за кожей рук медицинского персонала;

6) **гигиеническая антисептика рук** - антисептика рук медицинского персонала, целью которой является удаление или уничтожение транзитной микрофлоры;

7) **деконтаминация** - общий термин, под которым понимается процесс обработки, при котором происходит удаление возбудителей инфекционных заболеваний, в результате чего использование обрабатываемого предмета становится безопасным;

8) **дезинфекция** - процесс уничтожения жизнеспособных биологических агентов с предметов или поверхностей для дальнейшего безопасного обращения или использования;

9) **дезинфекция низкого уровня** уничтожает некоторые вирусы, грибы и вегетативные формы бактерий, неэффективна против устойчивых бактерий и спор;

10) **дезинфекция среднего уровня** уничтожает микобактерии туберкулеза, большинство вирусов, грибов и вегетативных форм бактерий, неэффективна в отношении спор;

11) **дезинфекция высокого уровня** уничтожает некоторые виды спор, микобактерии туберкулеза, оболочечные и безоболочечные вирусы, грибы и вегетативные формы бактерий, но, однако неэффективна в отношении большинства бактериальных спор. Применяется для деконтаминации полукритических предметов и (или) критических предметов при невозможности

применения стерилизации; этапы ДВУ: первичная дезинфекция (замачивание), ополаскивание, предстерилизационная очистка, ополаскивание, сушка, замачивание в дезинфицирующем растворе, ополаскивание стерильной водой, сушка и хранение в стерильной пеленке/контейнере;

12) **инфекционный контроль (ИК)** - это система мероприятий, основанная на данных эпидемиологической диагностики и направленная на предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний в организациях здравоохранения;

13) **инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи** - инфекция, поражающая пациента в процессе оказания ему медицинской помощи в организациях здравоохранения независимо от формы собственности, которая отсутствовала и не находилась в инкубационном периоде при его поступлении на получение медицинской помощи, включающая инфекции приобретенные, но проявившиеся после выписки, а также инфекционные заболевания медицинского персонала вследствие его работы в данной организации здравоохранения;

14) **изделия медицинского назначения** - любые инструменты, аппараты, приборы, оборудование, материалы и прочие изделия, которые применяются в медицинских целях отдельно или в сочетании между собой, а также с принадлежностями, необходимыми для применения указанных изделий по назначению (включая специальное программное обеспечение), предназначенные производителем для профилактики, диагностики, лечения заболеваний, медицинской реабилитации и мониторинга состояния организма, проведения медицинских исследований, восстановления, замещения, изменения анатомической структуры или физиологических функций организма, предотвращения или прерывания беременности, функциональное значение которых не реализуется путем фармакологического, иммунологического, генетического или метаболического воздействия на организм человека;

15) **инъекции** - парентеральное введение лекарственных средств;

16) **инъекция подкожная** - более глубокая инъекция, которую делают на глубину 15 мм. Максимальное количество раствора, которое может быть введено, составляет 1,5-2 мл. Подкожные инъекции обычно производят в наружную поверхность плеча, подлопаточную зону, боковую поверхность брюшной стенки, передненаружную поверхность бедра;

17) **инъекция внутривенная** - самая поверхностная из инъекций, которую делают на глубину до 4 мм. Внутривенные инъекции производят короткой иглой с малым просветом. С лечебной и диагностической целями вводят 0,01-1 мл раствора. Выбор иглы зависит от вязкости лекарственного средства;

18) **инъекции внутримышечные** обычно производят в верхненаружный квадрат ягодичы;

19) **инъекция внутривенная** - через кожное введение иглы в вену;

20) **катетеризация периферических вен** - хирургическая манипуляция, заключающаяся во введении катетеров в периферические вены с диагностической и лечебной целью. Цель процедуры: для кратковременного доступа в сосуды при внутривенном вливании жидкостей, лекарственных и парентеральных питательных растворов, для взятия крови;

21) **катетеризация подключичных вен** - хирургическая манипуляция, заключающаяся во введении катетеров в подключичные вены с диагностической и лечебной целью. Цель процедуры: для длительного доступа в сосуды при внутривенном вливании жидкостей, лекарственных и парентеральных питательных растворов, для взятия крови;

22) **катетеризация мочевого пузыря** - введение катетера в мочевой пузырь с лечебной или диагностической целью;

23) **когортная изоляция** - изоляция групп пациентов с одинаковыми признаками инфицирования, обратившихся за медицинской помощью в одно и то же определенное время;

24) **комитет качества** - заседательный орган, деятельность которого носит оперативный характер и осуществляется руководителем и членами комитета, которые воздействуют на процесс работы путем планирования и разработки внедрения мероприятий по принятию решения по качественному исполнению работы;

25) **косметология** - это раздел клинической медицины, изучающий эстетические проблемы внешности человека, их этиологию, методы диагностики, профилактику и коррекцию. Косметология делится на медицинскую и эстетическую косметологию;

26) **косметологический кабинет** - это помещение, предназначенное для проведения косметологических процедур;

27) **косметический кабинет (манипуляционный кабинет, кабинет для аппаратной косметологии)** - это помещение, предназначенное для проведения косметических процедур;

28) **мытьё рук** - простым или противомикробным мылом и водой. Целью мытья рук является удаление загрязнений и транзитной флоры, контаминирующих кожу рук медицинского персонала в результате контакта с инфицированными или колонизированными пациентами и/или контаминированными объектами окружающей среды;

29) **мини-спайк** - канюля аспирационная, используется для многократного забора жидкого лекарственного средства из одного флакона при сохранении стерильности;

30) **предметы некритические** - предметы, контактирующие с неповрежденной кожей и не входящие в контакт со слизистыми оболочками;

31) **предметы полукритические** - предметы, контактирующие со слизистыми оболочками (эндоскопы, ректальные термометры, дыхательное оборудование, оборудование для анестезии, зонды, бужи, катетеры, шпатели и др.);

32) **предметы критические** - инструменты, контаминация которых связана с высоким риском развития инфекции, использующиеся на стерильных тканях, полостях и сосудистой системе (хирургические инструменты, имплантаты, иглы, сердечные катетеры, внутриматочные устройства и др.);

33) **предстерилизационная очистка** - процесс удаления грязи, органических и других инородных материалов. Очистка всегда должна предшествовать стерилизации;

34) **операционный блок** - это совокупность помещений, предназначенных для подготовки и проведения оперативных вмешательств;

35) **стерилизация** - процесс уничтожения и /или удаления всех форм микроорганизмов, включая споры;

36) **средства индивидуальной защиты (СИЗ)** - средства, используемые работником здравоохранения для предотвращения или уменьшения воздействия вредных и опасных факторов, загрязнения биологическими жидкостями при проведении медицинских процедур. СИЗ могут включать фартуки, халаты или комбинезоны, перчатки, маски и респираторы, защитные очки/щитки;

37) **уборка предварительная** - проводится в начале рабочей смены с целью удаления пыли, осевшей за ночь, со всех горизонтальных поверхностей;

38) **уборка текущая** - проводится в течение рабочей смены (после каждого пациента), убирают с пола случайно упавшие шарики, салфетки и другие предметы. Пролитую биологическую жидкость вытирают ветошью, смоченной в дезинфицирующем средстве;

39) **уборка заключительная** - выполняется в конце рабочей смены или независимо от того, производились ли в этот день медицинские манипуляции или нет;

40) **уборка генеральная** - комплекс дезинфекционных и санитарно-гигиенических мероприятий, направленный на создание в помещении асептического режима, для безопасного проведения требуемых медицинских манипуляций, выполняется один раз в неделю, мытьем всех поверхностей дезинфицирующим раствором;

41) **эпидемиологический надзор за инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи (далее - ИСМП)** - система непрерывного слежения за эпидемическим процессом и его детерминантами для осуществления эпидемиологической диагностики с целью принятия обоснованных управленческих решений по предупреждению возникновения и распространения ИСМП.

3. Действие настоящей Инструкции распространяется на следующие виды организаций здравоохранения по направлениям их деятельности:

- лечебно-профилактические;
- организации общественного здравоохранения;

- научно-исследовательские;
- образовательные;
- медико-социальные;
- реабилитационные;
- фармацевтические;

- ведомственные организации и предприятия, разрабатывающие и изготавливающие изделия медицинского назначения.

4. Все организации здравоохранения, оказывающие медико-санитарную помощь, независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности руководствуются настоящей Инструкцией и проводят систематическое обучение медицинского персонала, а также проходят обучение в учреждениях постдипломного образования по применению настоящей Инструкции в целях профилактики внутрибольничных инфекций и инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

5. Настоящая Инструкция не распространяется на лекарственные препараты и изделия, выпускаемые промышленностью стерильными.

6. Настоящая Инструкция предназначена для организаций здравоохранения, использующих изделия медицинского назначения, а также для организаций и предприятий, разрабатывающих и изготавливающих изделия медицинского назначения.

7. Настоящая Инструкция распространяется на изделия медицинского назначения, подлежащие в процессе эксплуатации дезинфекции, стерилизации (или дезинфекции высокого уровня) и утилизации.

8. Настоящая Инструкция устанавливает методы, средства, режимы дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации изделий медицинского назначения.

9. Установленные в настоящей Инструкции методы, средства и режимы дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации (или дезинфекции высокого уровня) являются равнозначными по эффективности для каждого вида обработки. Предпочтение следует отдавать термическим и низкотемпературным плазменным методам стерилизации.

10. На основе настоящей Инструкции могут разрабатываться инструкции, устанавливающие методы, средства и режимы дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации применительно к конкретным видам изделия или группе изделий, с учетом их назначения и конструктивных особенностей.

11. Изделия медицинского назначения должны быть устойчивы к обработке дезинфицирующими средствами, проведению предстерилизационной очистки и стерилизации. Технические документы изделий медицинского назначения должны содержать рекомендации по методам дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации.

12. В организациях здравоохранения при проведении дезинфекционных и стерилизационных мероприятий применяются дезинфицирующие средства, дезинфекционное и стерилизационное оборудование, разрешенные в Кыргызской Республике (ЕАЭС), имеющие сертификат соответствия международным стандартам ISO 9001 и ISO 13485.

13. При выборе дезинфицирующих средств необходимо учитывать рекомендации изготовителей изделий медицинского назначения, касающиеся воздействия конкретных дезинфицирующих средств на материалы этих изделий.

14. При проведении дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации (за исключением газовой, низкотемпературной стерилизации) применяются ингибиторы и другие добавки, способствующие снижению коррозии и не влияющие на эффективность обработки.

15. Ответственность за организацию и проведение дезинфекционных и стерилизационных мероприятий несет руководитель организации здравоохранения.

16. В каждой организации здравоохранения (далее - ОЗ) и в других организациях, оказывающих медико-санитарную помощь, должны быть введены по одной штатной единице специалиста ИК и медсестры ИК вне зависимости от количества коек, профиля ОЗ и форм собственности, которая входит и табулируется в административной части ОЗ:

- специалист инфекционного контроля - врач с высшим медицинским образованием (клинический эпидемиолог) и/или прошедший курс первичной специализации по инфекционному контролю и эпидемиологии;

- медицинская сестра инфекционного контроля - медицинская сестра с высшим медицинским образованием или средне-специальным медицинским образованием, прошедшая курс первичной специализации по инфекционному контролю.

17. Роль специалиста по инфекционному контролю в организации здравоохранения является ключевой по профилактике инфекций и инфекционного контроля.

18. Должностные обязанности специалиста ИК:

1) организация активного выявления, учета и регистрации инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (далее - ИСМП);

2) проведение эпидемиологического анализа (проведение оперативного и ретроспективного анализа заболеваемости) и диагностики ИСМП;

3) проведение анализа карт эпидемиологического расследования;

4) анализ информационного материала о состоянии инфекционной заболеваемости среди обслуживаемого населения;

5) участие в расследовании случаев инфекционной заболеваемости с целью установления причинно-следственных связей;

6) проведение анализа выполнения плана профилактических прививок;

7) проверка и анализ оформления и ведения медицинской документации по ИК (журналы регистрации ИСМП, заноса инфекции в ОЗ, регистрации аварийных ситуаций и т.д.);

8) подготовка аналитических отчетов по заболеваемости ИСМП, по результатам проведенных оценок состояния инфекционного контроля в ОЗ.

19. Специалист ИК - врач с высшим медицинским образованием осуществляет:

1) эпидемиологический анализ интенсивности, динамики и структуры заболеваемости с различными нозологическими формами инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;

2) формулирование и оценку гипотез о ведущих факторах риска;

3) определение приоритетных проблем профилактики первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и в отдельных его подразделениях;

4) разработку целенаправленных профилактических и контрольных мер;

5) оценку эффективности и качества проведенных мероприятий;

6) прогноз эпидемиологической ситуации;

7) своевременное расследование ИСМП и предупреждение их распространения;

8) ведение документации и составление отчетов о проведенных мероприятиях по ПК с предоставлением руководству ОЗ;

9) предоставление информации и отчетов по ИК на заседаниях комитета качества;

10) организацию и проведение мониторинга и оценки состояния инфекционного контроля, соблюдения алгоритмов безопасности медицинских процедур согласно утвержденным стандартным операционным процедурам (далее - СОП);

11) участие и фасилитацию в подготовке программ/планов инфекционного контроля ОЗ;

12) оценку существующих и вновь вводимых клинических процедур с целью определения риска развития ИСМП;

13) организацию необходимых мероприятий по профилактике персонального инфицирования медицинского персонала и проведение контроля за их выполнением;

14) организацию обучения и аттестации медицинского персонала по вопросам инфекционного контроля и профилактики внутрибольничных инфекций;

15) оказание консультативной помощи специалистам ОЗ.

20. Должностные обязанности медсестры инфекционного контроля:

- 1) организация активного выявления, учета и регистрации ИСМП;
- 2) сбор информации и проведение анализа частоты ИСМП;
- 3) участие в расследовании случаев инфекционной заболеваемости с целью установления причинно-следственных связей;
- 4) проведение анализа карт эпидемиологического расследования;
- 5) проведение анализа выполнения плана профилактических прививок;
- 6) оформление медицинской документации по ИК (журналы регистрации ИСМП, заноса инфекции в ОЗ, регистрации биоаварий и т.д.);
- 7) участие в подготовке аналитических отчетов по заболеваемости ИСМП и по результатам проведенных оценок, состояния инфекционного контроля в ОЗ совместно со специалистом ИК. В случае отсутствия в ОЗ специалиста ИК медицинская сестра ИК имеет право обратиться за консультативно-практической помощью к специалистам (эпидемиологи) территориального центра профилактики заболеваний и государственного санитарно-эпидемиологического надзора;
- 8) ведение документации и составление отчетов о проведенных мероприятиях по ИК совместно со специалистом ИК;
- 9) представление информации и отчетов по ИК на заседаниях комитета качества совместно со специалистом ИК;
- 10) участие в проведении мониторинга и оценки состояния инфекционного контроля. Соблюдение алгоритмов безопасности медицинских процедур, согласно утвержденным стандартным операционным процедурам (совместно со специалистом ИК с высшим медицинским образованием);
- 11) участие в подготовке программ планов инфекционного контроля ОЗ совместно со специалистом ИК с высшим медицинским образованием и/или членами комитета качества;
- 12) оценка существующих и вновь вводимых клинических процедур, с целью определения риска развития ИСМП;
- 13) организация необходимых мероприятий по профилактике инфицирования медицинского персонала ОЗ и осуществление контроля за их выполнением (совместно со специалистом ИК с высшим медицинским образованием).

Глава 2. Инспектирование организаций здравоохранения

21. Функции санитарного врача при проведении плановых/комплексных обследований и по эпидемиологическим показаниям организаций здравоохранения:

- 1) проверка санитарно-технического состояния и соответствия зданий и помещений ОЗ архитектурно-планировочным и конструктивным требованиям с учетом индивидуальных архитектурно-планировочных особенностей по обеспечению оптимальных санитарно-гигиенических и противоэпидемических режимов, условий пребывания больных, труда и отдыха обслуживающего персонала, соблюдение поточности "чистых" и "грязных" процессов;
- 2) проверка состояния внутренней отделки помещений в соответствии с их функциональным назначением (применяемые материалы, устойчивость к влажной обработке, дезинфекции, шумопоглощаемость, антистатичность, закрепление покрытия полов, герметичность швов) с учетом специфики работы ОЗ;
- 3) проверка состояния инженерного оборудования зданий (холодное, горячее водоснабжение, наличие резервных источников, отопление, вентиляция, грузовые лифты, и др.), очистка и обеззараживание сточных вод;
- 4) совместно с бактериологом проведение качественного отбора проб качества питьевой воды (микробиологические, паразитологические, химические и физические);
- 5) проверка состояния искусственного освещения;
- 6) проверка состояния работы бактерицидного ультрафиолетового облучателя (БУФ ламп) (измерение радиометром на определение инактивации), установка и кратность смены;

- 7) проверка кратности воздухообмена (от 6 до 12 в час) в помещениях с высоким риском наличия контагиозных частиц и др.;
 - 8) обеспечение уборочным инвентарем, соблюдение бельевого режима, регулярность смены, условия обработки, хранения, качество стирки, работа прачечной;
 - 9) организация санитарно-бытового обслуживания персонала ОЗ (раздевалки, душевые, туалеты) и условия труда (наличие оргтехники, результаты работы освещенности рабочих мест, воздушной среды, воздействие физических факторов и др.);
 - 10) проверка состояния пищеблоков, наличие и исправность технологического и холодильного оборудования, соблюдение поточности в приготовлении блюд, своевременность прохождения медосмотра, наличие санитарных книжек, проведение бракеража готовой продукции, хранение суточных проб, режим мытья столовой и кухонной посуды, состояние внутрицеховой тары, наличие охлаждаемой камеры для временного хранения пищевых отходов, условия транспортировки и раздачи пищи в отделениях, обеспеченность моющими и дезинфицирующими средствами, стирка санитарной одежды сотрудников пищеблока;
 - 11) оснащение буфетных резервными источниками горячей воды и подогрева пищи, соблюдение режима хранения и раздачи пищи, обработки посуды и инвентаря;
 - 12) проверка состояния благоустройства территории ОЗ (уход за зелеными насаждениями, подъездные пути, уборка и полив территории, наличие условий для временного хранения твердых бытовых отходов (ТБО) своевременность вывоза, наличие договоров с коммунальными службами на вывоз, проведение дератизационных и дезинсекционных работ);
 - 13) изучение документации о проведении капитального и текущего ремонта ОЗ;
 - 14) организация периодических профосмотров, анализ профессиональной заболеваемости сотрудников;
 - 15) проведение контроля качества рабочего раствора ДС (наличие отметки результата химического индикатора в журнале о проведенном тесте на активность рабочего раствора).
22. Функции врача-эпидемиолога при плановом/комплексном обследовании и по эпидемиологическим показаниям организаций здравоохранения:
- 1) оценивает эпидемиологическую ситуацию в ОЗ;
 - 2) определяет объем клинического материала для бактериологического исследования от пациентов;
 - 3) организует совместно с бактериологом отбор проб, упаковку и транспортировку:
 - воздуха в операционных и родзалах на условно патогенные бактерии;
 - инструментов, материалов, лекарственных растворов и др. на стерильность;
 - смывов с окружающих предметов, рук и одежды персонала;
 - 4) проверяет организацию дезинфекционного режима в ОЗ, работы дезинфекционной камеры, централизованного стерилизационного отделения (далее - ЦСО), пункта автоклавирования/обеззараживания медицинских отходов (далее - ПАМО/ПОМО);
 - 5) оценивает годовую программу эффективности инфекционного контроля;
 - 6) оценивает сбор, сортировку, транспортировку и временное хранение МО;
 - 7) осуществляет организацию периодических профосмотров, анализ профессиональной заболеваемости сотрудников;
 - 8) оценивает выявляемость ИСМП, учет и отчетность ИСМП среди медперсонала и пациентов, регистрацию в журнале;
 - 9) проверяет наличие достаточной сменной спецодежды/униформы и обуви персонала отделений и вспомогательных служб и средств индивидуальной защиты (перчатки стерильные нестерильные, смотровые, технические, очки, щитки, маски, респираторы и др.);
 - 10) один раз в полгода проводит мониторинг и оценку состояния инфекционного контроля согласно действующим руководствам по мониторингу и оценке (МиО) и распространенность (превалентность) ИСМП.

23. Лаборанты санитарно-гигиенической и бактериологической лабораторий осуществляют отбор проб для исследования.

Исследования проводятся совместно со специалистами ИК организаций здравоохранения.

24. Инспекторская проверка в рамках государственного санитарно-эпидемиологического надзора (далее - госсанэпиднадзор) осуществляется в течение определенного времени в зависимости от профиля ОЗ и объема оказываемых населению медицинских услуг. По завершении проверки и получении результатов лабораторных исследований составляется общий акт с последующим обсуждением с руководителем ОЗ. При обоснованности выявленных нарушений оформляется протокол "О правонарушении" с вынесением постановления "О наложении взыскания по делу о правонарушениях" на должностных лиц. О результатах проверки и принятых мерах ее участники докладывают руководителю ОЗ и главному врачу службы общественного здравоохранения.

Глава 3. Безопасность медицинских процедур

25. К гигиене рук медицинского персонала предъявляются следующие требования:

1) ногти на руках медперсонала, проводивших медицинские манипуляции, должны быть коротко подстрижены;

2) медперсоналу, проводящему медицинские манипуляции, не разрешается ношение искусственных ногтей, шеллак, лак;

3) перед проведением медицинских манипуляций медперсонал должен провести гигиену рук;

4) в течение рабочего дня/рабочей смены запрещается ношение ювелирных и других украшений, затрудняющих эффективное удаление микроорганизмов с кожи рук;

5) медперсоналу, проводящему медицинские манипуляции, не разрешается наращивать, клеить или использовать накладные ресницы;

6) запрещается пользоваться мобильным телефоном/персональным компьютером и гарнитур к ним во время проведения медицинских манипуляций в родильных, операционных залах, палатах интенсивной терапии и реанимации, процедурных, перевязочных кабинетах, лабораториях и др.

26. Показания мытья рук с мылом и водой:

1) если руки заметно загрязнены или контаминированы биологическими жидкостями;

2) перед приготовлением и раздачей пищи, а также перед едой;

3) после посещения уборной (туалета);

4) если имеется подозрение, что руки контаминированы эпидемиологически опасными споровыми микроорганизмами (*Bacillus anthracis*, *C. difficile* и т.п.), руки необходимо вымыть водой и мылом, поскольку применяемые антисептики не обладают выраженным спороцидным действием;

5) при наличии чувства дискомфорта (влажность, потливость и липкость рук).

27. Показания к гигиенической обработке рук антисептическими спиртосодержащими средствами:

1) если явное загрязнение рук отсутствует, следует обрабатывать антисептиком во всех следующих клинических ситуациях:

- перед непосредственным контактом с пациентом;

- перед чистой или асептической процедурой;

- после любого контакта с пациентом;

- после контакта с объектами внешней среды в окружении пациента, включая медицинское оборудование;

- перед надеванием и после снятия перчаток;

- после прикосновения к лицу руками и СИЗ во время работы;

2) при выполнении гигиенической антисептики рук необходимо использовать только спиртосодержащий антисептик заводского изготовления согласно приложению 4 к настоящей Инструкции и разрешенные к использованию в Кыргызской Республике.

28. Антисептик в количестве 3 мл наносится на кожу рук и втирается в соответствии с алгоритмом действий до полного его высыхания (приложение 1 настоящей Инструкции).

29. Спиртосодержащий антисептик наносится только на сухую кожу рук.

30. Не следует применять для антисептики рук салфетки или шарики, пропитанные антисептиком/спиртом.

31. Флакон плотно вставляется в настенный дозатор для исключения контаминации и испарения спирта.

32. Вскрытый флакон с антисептиком используется до полного опорожнения.

33. При замене необходимо указать дату вскрытия нового флакона.

34. Требования к мытью рук:

1) в медицинских учреждениях рекомендуется использовать жидкое мыло с целью исключения контаминации при использовании кускового мыла;

2) руки моют жидким мылом (рН 5,5-7) под проточной водой не менее 60 секунд согласно алгоритму действий (приложение 2 настоящей Инструкции);

3) руки высушивают чистой одноразовой салфеткой многократного применения или бумажным полотенцем;

4) запрещается доливать жидкое мыло в частично заполненный флакон с дозатором;

5) перед заполнением новой порцией жидкого мыла флакон следует вымыть и высушить.

35. Требования к хирургической обработке рук:

1) перед любыми хирургическими вмешательствами обязательна хирургическая обработка рук, включающая мытье и хирургическую антисептику рук;

2) хирургическая обработка рук проводится с соблюдением алгоритма мытья и антисептики рук, которая дополнительно включает обработку запястий и предплечий. Время хирургической обработки составляет от 3 до 5 минут. При мытье рук следует удалить грязь из-под ногтей с использованием одноразовых стерильных хирургических щеток/палочек для ногтей;

3) щетки/палочки используют только при первой обработке околоногтевых областей в течение рабочей смены;

4) после мытья руки высушивают стерильной салфеткой 30×30 см;

5) после высушивания, перед надеванием стерильных перчаток для выполнения хирургической операции, руки и предплечье обрабатывают антисептиком (по 5 мл антисептика двукратно) в течение от 1 до 3 минут, до полного его высыхания. Наносить антисептик необходимо только на сухую кожу;

6) для хирургической обработки рук используют антисептики на спиртовой основе, разрешенные к использованию для этих целей в Кыргызской Республике (приложение 3 настоящей Инструкции);

7) стерильные перчатки надевают на высохшие руки (после обработки антисептиком) после надевания стерильного халата.

36. Основные требования использования перчаток:

1) не допускается использование одной и той же пары перчаток при контакте с двумя и более пациентами, при переходе от одного пациента к другому или от контаминированного участка тела - к чистому;

2) необходимо начинать осмотр от чистых поверхностей тела к загрязненным, чтобы сократить риск контаминации;

3) запрещается касаться руками лица или других СИЗ;

4) запрещается касаться окружающих поверхностей, если этого не требует процесс ухода за пациентом;

5) необходимо менять перчатки, если они порвались или сильно загрязнились во время работы (даже если работаете с одним и тем же пациентом);

6) запрещается мыть, обрабатывать антисептиком и повторно использовать одноразовые перчатки;

7) в ходе проведения медицинских манипуляций, выполняемых в перчатках, запрещается вести записи, прикасаться к устройствам связи и другим объектам больничной среды;

8) перчатки должны правильно подобраны по размеру рук (до начала проведения процедуры), они не должны быть слишком свободными или наоборот тесными.

37. Показания для использования нестерильных перчаток:

1) потенциальный контакт с кровью, биологическими жидкостями, выделениями или экскрементами;

2) контакт со слизистыми оболочками и с неповрежденной кожей;

3) возможное наличие патогенных и условно-патогенных микроорганизмов;

4) постановка или удаление краткосрочных внутривенных устройств (система внутривенного вливания);

5) забор крови;

6) санация трахеобронхиального дерева у пациентов на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) с открытым дыхательным контуром.

38. Показания для использования стерильных перчаток:

1) любые хирургические процедуры;

2) физиологические роды;

3) гинекологические осмотры;

4) инвазивные процедуры, предполагающие контакт с подкожными тканями, поврежденной кожей и хирургические операции;

5) доступ к периферическим и центральным сосудам и манипуляции с ними (катетеризация);

6) контакт с оборудованием при необходимости поддержания стерильных условий (например, введение имплантов, катетеров);

7) приготовление препаратов для парентерального питания и химиотерапевтических средств.

39. Показания для использования технических перчаток:

1) опорожнение емкостей с рвотными массами;

2) обращение с контаминированными инструментами (обработка, очистка) и другими предметами, постельным бельем;

3) обращение с медицинскими отходами;

4) очистка мест, на которые были пролиты биологические жидкости;

5) все виды уборок помещений, обработка контаминированных поверхностей (унитазы, раковины и т.д.).

40. Требования по использованию салфеток/бумажных полотенец:

1) для высушивания рук, после мытья используются только одноразовые салфетки многократного применения/бумажные полотенца. Категорически запрещено использование любых многоразовых индивидуальных полотенец;

2) допускается использование "одноразовых салфеток многократного применения", изготовленных из хлопчатобумажной ткани, размером 30×30 см с обработанными краями. Данные салфетки используются однократно, т.е. одна салфетка на одну обработку рук и сбрасывается в емкость "Использованные салфетки". В конце смены использованные салфетки собираются, стираются, высушиваются и проглаживаются в прачечной для последующего использования;

3) при контаминации салфеток биологическими жидкостями пациентов салфетки должны быть продезинфицированы;

4) после хирургического мытья рук используются стерильные салфетки.

41. Требования к организации мероприятий по гигиене рук:

1) для мытья рук медперсонал должен быть обеспечен холодной и горячей проточной водой;

2) медицинский персонал должен быть в достаточном количестве обеспечен средствами для антисептической обработки рук, не обладающими раздражающим действием;

3) для снижения риска возникновения контактных дерматитов, связанных с мытьем и антисептической обработкой рук, медицинский персонал должен использовать гигиенические лосьоны или кремы;

4) антисептики для обработки рук должны быть доступны на всех этапах лечебно-диагностического процесса;

5) в подразделениях с высокой интенсивностью ухода за пациентами и с высокой нагрузкой на персонал (отделения реанимации и интенсивной терапии и др.) дозаторы с антисептиками для обработки рук должны размещаться у входа в палату и у постели больного (прикроватные).

42. Требования к медицинской одежде персонала:

1) организация здравоохранения является местом большого скопления пациентов, представляющих определенную эпидемиологическую опасность. В связи с этим весь медицинский персонал всех уровней ОЗ обязан носить сменную рабочую одежду/униформу (халат и медицинский костюм (блузка и брюки), которая создает относительную барьерную защиту для медицинских работников и пациентов;

2) категорически запрещается выходить в рабочей одежде (униформа) из ОЗ, кроме проведения экстренных консультационных мероприятий на/вне территории ОЗ, где медицинский персонал поверх униформы накидывает нерабочий халат;

3) вид используемой медицинской одежды/униформы зависит от кабинета/отделения ОЗ;

4) чтобы эффективно выполнять свое предназначение медицинская одежда/униформа должна соответствовать следующим требованиям:

- обеспечивать удобство и комфорт в процессе работы;

- создавать эстетичный внешний вид по цветовой гамме и отличать сотрудников больницы/отделения, выделяя их из общей массы;

- медицинская одежда/униформа всегда должна быть чистой и выглаженной;

- должна быть гипоаллергенна и антистатична;

5) смена и стирка медицинской одежды проводится не менее 2 раз в неделю, при загрязнении биологическими жидкостями незамедлительно нужно сменить медицинскую одежду, загрязненную медицинскую одежду нужно замочить в дезинфицирующем средстве согласно пункту 9 таблицы приложения 21 к настоящей Инструкции;

6) стирка медицинской одежды/униформы проводится в централизованной прачечной ОЗ отдельно от белья пациентов или стирается в специально оборудованном помещении где имеются условия (стиральная машина, сушилка, гладильная доска, шкаф для хранения медицинской одежды);

7) у каждого медицинского работника должно быть не менее 2 комплектов униформы/медицинского костюма (шапочка, блузка и брюки) и 3 комплекта халата, которые закупаются и заменяются за счет ОЗ;

8) обязательное использование/ношение медицинскими работниками шапочки/чепчика в операционной, лаборатории, реанимации, стерилизационном отделении, ожоговом, перевязочной и процедурной;

9) обязательно использовать сменную закрытую обувь, которую можно обработать дезинфицирующим средством;

10) технический и административно-хозяйственный обслуживающий персонал, выполняющий работу (в том числе временную) в подразделениях стационаров, также должен работать в сменной одежде и обуви;

- 11) сменная одежда и обувь должны быть предусмотрены также и для медицинского персонала других подразделений, оказывающего консультативную и другую помощь;
- 12) студенты, занимающиеся в клинических подразделениях ОЗ, обязательно должны быть в сменной медицинской одежде/униформе и обуви;
- 13) для медицинского персонала стационаров администрация должна предусматривать комнату отдыха, комнату для приема пищи, гардеробные, душевые кабины и санитарные узлы, разделенные по полу;
- 14) количество индивидуальных шкафов в гардеробных следует принимать равным 100% списочного состава медицинского и технического персонала;
- 15) гардеробные должны быть обеспечены двухсекционными закрывающимися шкафами, обеспечивающими раздельное хранение верхней и рабочей одежды;
- 16) количество душевых кабин в стационарах принимается из расчета: не менее 1 душевой кабины на 10 человек, работающих в отделениях инфекционного и туберкулезного профилей; в других отделениях - не менее 1 душевой кабины на 15 человек, работающих в наибольшей смене. При меньшем числе персонала следует предусматривать не менее 1 душевой кабины;
- 17) все сотрудники ежедневно перед началом работы снимают личную одежду, меняют уличную обувь на сменную, при необходимости принимают гигиенический душ, проводят гигиеническое мытье кожи рук, надевают чистую сменную рабочую медицинскую одежду.

Глава 4. Безопасность проведения инъекций

§ 1. Требования по безопасности инъекций и безопасности проведения процедур, связанных с использованием внутрисосудистых устройств

43. Целью процедуры проведения инъекций (в зависимости от вида введения) является введение лекарственных средств, которые точно в установленной дозе поступают в кровотоки пациента в неизменном виде, по назначению врача для выполнения определенных лечебных или диагностических процедур согласно алгоритмам, указанным в приложениях 5, 6, 7 и 8 настоящей Инструкции.
44. Перед проведением процедуры медицинский работник обязан провести гигиену рук согласно приложениям 1, 2 к настоящей Инструкции.
45. Перед проведением процедуры медицинский работник обязан убедиться, что больному назначено данное лекарственное средство, внимательно прочитав название и дозу и сверив ее с назначением лечащего врача.
46. Перед проведением процедуры медицинский работник должен объяснить пациенту (или родственникам) суть предстоящей процедуры и получить устное/письменное согласие на ее проведение.
47. При проведении внутривенной инъекции (согласно приложению 8 настоящей Инструкции), после гигиенической обработки рук, медицинский работник обязан использовать одноразовые нестерильные перчатки.
48. Перед проведением процедуры кожу в месте инъекции обрабатывают одноразовой спиртовой салфеткой от центра к периферии.
49. Через 20-25 минут после выполнения процедуры осматривают место инъекции и оценивают состояние пациента на предмет переносимости препарата.
50. Запрещается надевание колпачков на использованные иглы и проведение других дополнительных манипуляций с использованными шприцами. В случае необходимости отделения игл от шприцов используют специальные иглосъемники, иглоотсекатели или иглодеструкторы.
51. Медицинским работникам, проводившим инъекцию на дому, запрещается оставлять медицинские отходы.

§ 2. Требования безопасности при проведении катетеризации подключичных и периферических вен

52. Процедуры, связанные с использованием внутрисосудистых устройств, проводятся по назначению врача в целях выполнения определенных лечебных или диагностических процедур.

53. Катетеризацию периферических и подключичных вен проводят в соответствии с алгоритмами постановки пункционной катетеризации периферических и подключичных вен и уходом за ними (приложения 15, 16, 17 к настоящей Инструкции).

54. Постановку сосудистых катетеров и уход за ними должен проводить специально обученный персонал: 1) подключичных вен - врачи анестезиологи-реаниматологи, 2) периферических вен - врачи, перевязочные и процедурные медсестры.

55. Для постановки центральных венозных катетеров в условиях стационара используют стерильный набор, включая стерильную одежду (перчатки, одноразовая хирургическая маска).

56. Место ввода катетера обрабатывается кожным антисептиком (приложения 15, 16) до постановки катетера. После того как кожа была очищена антисептиком, место постановки катетера не пальпируется.

57. Не рекомендуется применять органические растворители (например, ацетон или эфир) на коже.

58. В медицинской карте стационарного больного и журнале постановки катетера записывается дата, время установки и удаления катетера, место постановки катетера, а также перевод в другие отделения или ОЗ с указанием ФИО медицинского работника (согласно приложениям 32, 33 к настоящей Инструкции).

59. Перед любой манипуляцией с катетером персонал проводит гигиену рук и надевает стерильные перчатки.

60. Для закрытия места ввода катетера используется одноразовый стерильный прозрачный/полупроницаемый пластырь.

61. Для закрытия ввода катетера после каждой проведенной инфузии используются стерильные одноразовые заглушки.

62. В случае болезненности, лихорадки неясного генеза, бактериемии необходимо осмотреть место ввода катетера.

63. Необходимо заменить катетер, установленный в условиях неотложной помощи, если нет уверенности, что при его постановке не была нарушена асептика.

64. Для снижения риска развития флебита замена коротких периферических катетеров проводится каждые 72-96 часов.

65. Рекомендуемая частота замены периферических катетеров - не чаще 1 раза в 4 дня, если нет признаков инфекции или других показаний для замены.

66. При замене катетера необходимо менять место катетеризации.

67. После окончания инфузий делают гепариновый замок: 5 мл изотонического раствора хлорида натрия + 2500 единиц гепарина (дозировка может быть изменена в зависимости от особенностей пациента - дети, кардиологические больные и др.). Катетер необходимо промывать тем же раствором 2-3 раза в сутки.

68. При использовании многодозового флакона используется система Мини-спайк (используется не более 24 часов). Резиновые пробки многодозовых флаконов протираются одноразовой спиртовой салфеткой.

69. Все парентеральные растворы готовятся в аптеке в шкафу с ламинарным потоком воздуха, с использованием асептической технологии. При необходимости приготовления растворов в отделении это делает специально обученная медицинская сестра в специально отведенном помещении. Перед приготовлением парентеральных растворов медицинскими сестрами обрабатывает руки антисептиком и надевает маску, стерильный халат, шапочку и перчатки. Запрещается готовить парентеральные растворы у постели больного.

70. Перед использованием флакона с парентеральным раствором визуально проверяется на мутность, трещины, наличие частиц и срок годности.

71. Для разведения медикаментов используются растворы в малой расфасовке в индивидуальных флаконах для каждого пациента.

72. Системы, применяемые для переливания крови, продуктов крови или жировых эмульсий, меняют каждые 24 часа от начала инфузии и сразу после окончания. Запрещается использовать системы, через которые проводилось переливание крови, продуктов крови или жировых эмульсий, для введения других парентеральных растворов.

73. Для введения растворов через катетер используются только стерильные одноразовые шприцы. Хранение использованных шприцев у постели пациента запрещается.

74. Длительность инфузии липидосодержащих растворов для парентерального питания не должна превышать 24 часа. Когда жировая эмульсия вводится одна, ее длительность не должна превышать 12 часов.

75. Не рекомендуется применять местные антимикробные мази в месте постановки периферических венозных и центральных катетеров и назначать антибиотики в плановом порядке до постановки или в течение использования внутривенных устройств только с целью профилактики катетер ассоциированной инфекции кровотока (КАИК).

§ 3. Безопасность катетеризации мочевого пузыря и уход за постоянным мочевым катетером

76. Катетеризация мочевого пузыря должна проводиться обученными врачами и медицинскими сестрами. Наблюдение и уход за катетером осуществляет обученный медицинский персонал при строгом соблюдении всех правил асептики и антисептики.

77. При проведении катетеризации мочевого пузыря соблюдают алгоритм проведения катетеризации и ухода за мочевым катетером (приложения 18, 19, 20 к настоящей Инструкции) с дальнейшей регистрацией в журнале (согласно приложениям 34, 35 к настоящей Инструкции).

78. Назначение катетеризации должно производиться только по строгим клиническим показаниям.

79. При обработке периуретральной области антисептическими средствами используются нестерильные перчатки.

80. При катетеризации используется стерильный одноразовый катетер.

81. Катетеризацию проводят только в стерильных перчатках.

82. Для сбора мочи следует применять закрытые дренажные системы.

83. Для опорожнения мочевого пузыря каждого пациента необходимо использовать индивидуальные контейнеры.

84. Замена катетера производится только по строгим показаниям (например, обструкция катетера).

85. Для снижения риска контаминации мочевого пузыря и предупреждения рефлюкса мочи емкость для сбора мочи крепится ниже уровня мочевого пузыря пациента на боковую часть кровати выше уровня пола.

86. Удаление катетеров должно проводиться в максимально короткие сроки.

§ 4. Организация работы прививочного кабинета

87. Прививочный кабинет (кабинет иммунопрофилактики) является основным структурным звеном в организации здравоохранения для осуществления вакцинопрофилактики населения. Прививочная медицинская сестра должна иметь сертификат или справку о допуске для иммунизации.

88. Иммунизация проводится согласно приложениям 9-14 к настоящей Инструкции.

Порядок проведения иммунизации:

1) до начала иммунизационной сессии медицинская сестра прививочного кабинета или фельдшер должны:

- провести гигиену рук;

- проверить температурный режим в холодильном оборудовании согласно действующим стандартным операционным процедурам (СОП), утвержденным приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики "О внедрении стандартных операционных процедур (СОП) по эффективному управлению вакцинами в организациях здравоохранения Кыргызской Республики" от 11 апреля 2014 года № 184;

- провести предварительную уборку кабинета согласно главе 17 настоящей Инструкции;

- подготовить рабочее место для проведения иммунизации;

- подготовить все необходимое оснащение для проведения иммунизации;

2) перед проведением иммунизации врач или фельдшер должны:

- разъяснить вакцинируемому (сопровождающему лицу) необходимость иммунизации;

- сообщить о возможных побочных проявлениях после иммунизации;

- оценить состояние здоровья вакцинируемого непосредственно перед иммунизацией, убедиться в отсутствии противопоказаний;

3) медицинская сестра прививочного кабинета или фельдшер должны:

- удостовериться о назначении врачом, фельдшером разрешения на вакцинацию;

- подготовить вакцину индивидуально согласно назначению врача/фельдшера;

- использовать только тот растворитель, который был предоставлен производителем вакцины;

- использовать для каждого вакцинируемого новый самоблокирующийся шприц (СБ) с иглой;

- строго соблюдать правила асептики и меры по предотвращению травм, связанных с уколом иглой во время иммунизации;

- использовать способ введения вакцины согласно виду вакцины;

- следовать алгоритмам процедуры иммунизации;

- резиновые пробки многодозовых флаконов протираются одноразовой спиртовой салфеткой;

- попросить вакцинируемого (сопровождающее лицо) находиться в течение 20-30 минут в медицинском учреждении в случае ухудшения состояния здоровья, оказать медицинскую помощь и поставить в известность руководство и подать экстренное извещение в службы общественного здравоохранения.

89. Медицинские отходы (СБ шприцы, остатки вакцин, просроченные вакцины) утилизируются согласно действующим нормативно-правовым актам и утвержденному порядку обращения с медицинскими отходами.

Глава 5. Требования к косметологическим кабинетам

§ 1. Дезинфекционно-стерилизационный режим в косметологическом кабинете (процедурный кабинет)

90. Специалисты, осуществляющие деятельность в косметологии, делятся на:

- врача-дерматокосметолога;

- косметолога со средним медицинским образованием;

- мастера по эстетике лица и тела.

91. Права (функции, проводимые манипуляции) и обязанности каждого специалиста проводятся согласно утвержденному постановлению Правительства Кыргызской Республики "Об утверждении актов в области общественного здравоохранения" от 11 апреля 2016 года № 201.

92. К косметологическим процедурам относятся: мезотерапия, терапия собственной плазмой, плазмолифтинг, работа с дермапеном, мезороллером, гиалуропеном, ботулинотерапия, контурная пластика филлерами, введение мезонитей, жидких нитей, нитей с насечками, лифтинговых рассасывающихся нитей, удаление доброкачественных новообразований (папилломы, бородавки).

93. Нити "Сангапури", блефаропластика, броулифтинг, отопластика, лабиопластика, липосакция (удаление жира с любого участка тела, настоя формирования ямочек на щеках, введение филлера объема более 10 мл) и другие малые операции проводятся в медицинских учреждениях пластическим хирургом строго в операционном блоке согласно требованиям главы 6 настоящей Инструкции.

94. Размещение мебели и оборудования, а также площадь помещений должны соответствовать требованиям процедурного кабинета, установленным Санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами "Санитарно-эпидемиологические требования к объектам коммунально-бытового назначения по оказанию парикмахерских и косметических услуг населению" и "Санитарно-эпидемиологические требования к лечебно-профилактическим организациям".

95. Места, где находятся пациенты, получающие косметологические процедуры, должны содержаться в чистоте.

96. Косметологический кабинет должен быть чистым, проветриваемым, без запаха дезинфицирующих средств. В кабинете должна быть установлена бактерицидная ультрафиолетовая лампа.

97. Режим уборки косметологических кабинетов выполняется согласно настоящей Инструкции (глава 17).

98. Медицинские работники обязаны соблюдать гигиену рук согласно приложениям 1, 2 к настоящей Инструкции.

99. В течение одной косметологической процедуры медицинский работник обязан использовать средства личной защиты: медицинскую одежду (униформу) и халат по усмотрению, защитные очки или защитный экран для лица, перчатки, закрытую сменную обувь. По эпидемическим показаниям - маски.

100. Смена и стирка медицинской одежды проводится по мере загрязнения, но не реже 2 раз в неделю. В случае загрязнения биологическим материалом обязательно предварительное замачивание в дезинфицирующем растворе.

101. Перчатки необходимо одевать во время каждой процедуры. При работе с пациентами используются одноразовые чистые перчатки. При процедурах нитевых техник используются одноразовые стерильные перчатки.

102. Очки/защитный экран после каждого использования протирают дезинфицирующим раствором, промывают проточной водой и высушивают.

103. Маску необходимо менять через каждые 2-4 часа работы.

104. Перед следующей процедурой личные средства защиты, на которых наблюдается видимое загрязнение или загрязненные биологическими жидкостями, подлежат замене.

§ 2. Профилактические мероприятия перед косметологическими процедурами

105. Перед проведением процедуры осуществляется очищение рабочей поверхности кожи теплой водой и средством для умывания по типу кожи для лица, обработка водным раствором хлоргексидина, обезболивание аппликационной анестезией или проводниковой анестезией.

106. При проведении процедуры или при контакте с физиологическими жидкостями используются одноразовые перчатки.

107. При проведении процедур нитевых техник используются стерильные перчатки.

108. После окончания процедуры одноразовые инструменты, белье, простыни сбрасываются в отходы класса "Б".

109. Персонал при сборе загрязненного инструментария, белья и отходов должен использовать хозяйственные перчатки.

110. Использованный многоразовый инструментарий собирается в емкости и подвергается обеззараживанию погружением в дезинфицирующий раствор согласно пунктам 1, 2, 3 таблицы приложения 21 к настоящей Инструкции. После обеззараживания многоразовый инструментарий отправляется на предстерилизационную очистку и стерилизацию в стерилизационный кабинет (СК) (глава 5 настоящей Инструкции).

111. Использованное многоразовое белье собирается в мешки из непромокаемого материала или емкости с крышками и отправляется в прачечную для стирки. В случае контаминации биологическими жидкостями, предварительно замачивают в дезинфицирующем растворе в отделении (в специально отведенном месте) согласно пункту 9 таблицы приложения 21 к настоящей Инструкции.

112. Медицинские отходы, относящиеся к классу "Б", утилизируются согласно порядку обращения с медицинскими отходами.

113. Прачечная косметологических кабинетов должна быть оборудована отдельно и отвечать всем требованиям санитарно-эпидемиологических правил и нормативов, утвержденных постановлением Правительства Кыргызской Республики "Об утверждении актов в области общественного здравоохранения" от 11 апреля 2016 года № 201. При отсутствии прачечной рекомендуется заключить договор с ОЗ/частными организациями, в которых имеется централизованная прачечная.

114. После манипуляций с отходами и снятия перчаток медицинский работник обязан провести обработку рук.

115. Все критические инструменты, белье, ватные диски, марлевые салфетки, соприкасающиеся с раневой поверхностью и контактирующие с кровью, а также которые в процессе эксплуатации соприкасаются со слизистой оболочкой и могут вызвать инфекционный процесс, перед использованием должны быть стерильными.

116. Перед стерилизацией все предметы медицинского назначения должны быть упакованы в упаковочный материал.

117. Все пинцеты, ножницы перед упаковкой и стерилизацией тщательно проверяются на целостность, на поверхностях инструментов не должно быть трещин, заусенцев, колющих, режущих и острых кромок, царапин, ржавчины и других дефектов.

118. Лотки для процедур после стерилизации должны храниться в ультрафиолетовом боксе (УФ-боксе) для хранения стерильного инструмента.

119. Для нитевых техник используются стерильные одноразовые марлевые салфетки и пеленки, которые хранятся в биксах в отдельном шкафу.

§ 3. Дезинфекционно-стерилизационный режим в косметическом кабинете (манипуляционный кабинет, кабинет для аппаратной косметологии)

120. К косметическим процедурам относятся: гигиеническая чистка лица, массаж лица и тела, уходовые процедуры для лица и тела, пилинги лица и тела, карбокситерапия, косметические аппаратные процедуры (дарсонваль, гальваника, броссаж, вакуумный массаж, вакуумная чистка, микротоки), депиляция волос, СПА-процедуры лица и тела, эстетические процедуры (коррекция и покраска бровей, ресниц, удаление нежелательных волос), парафинотерапия, выполнение сервисного визажа, гигиенический уход за ногтями (маникюр, педикюр), оздоровление организма различными методами, прокол мочек ушных раковин и вдевание сережек, декоративный татуаж.

121. Размещение мебели и оборудования, а также площадь помещений должны соответствовать требованиям процедурного кабинета согласно приложению 13 к постановлению

Правительства Кыргызской Республики "Об утверждении актов в области общественного здравоохранения" от 11 апреля 2016 года № 201.

122. Места, где находятся пациенты, получающие косметические процедуры, должны содержаться в чистоте.

123. Косметический кабинет должен быть чистым, проветриваемым, без запаха дезинфицирующих средств. В кабинете должна быть установлена бактерицидная ультрафиолетовая лампа.

124. Режим уборки косметических кабинетов выполняется согласно пункту 598 настоящей Инструкции.

125. Мастера по эстетике лица и тела обязаны соблюдать стандартные меры предосторожности и безопасность процедур.

126. В течение одной косметической процедуры мастера по эстетике лица и тела обязаны использовать средства личной защиты: спецодежду (униформу) и халат по усмотрению, перчатки по необходимости и закрытую сменную обувь. По эпидемическим показаниям - маски.

127. Смена и стирка спецодежды (униформы) проводится по мере загрязнения, но не реже 2 раз в неделю. В случае загрязнения биологическим материалом обязательно предварительное замачивание в дезинфицирующем растворе.

128. Перчатки используются при: гигиенической чистке лица, депиляции зоны бикини и др. При работе с пациентами используются одноразовые нестерильные чистые перчатки.

129. Маску необходимо менять через каждые 2-4 часа работы.

130. Для каждой процедуры используются одноразовые или многоразовые чистые простыни, пледы для укрывания, одноразовые шапочки, чистые повязки на голову, одноразовые салфетки или спонжи для умывания, одноразовые салфетки для чистки, чистые или одноразовые полотенца для защиты одежды на шею.

131. После окончания процедуры инструменты и одноразовое белье подлежат обеззараживанию.

132. Персонал при манипуляции с загрязненными инструментами, бельем и отходами должен использовать хозяйственные перчатки.

133. Использованный многоразовый инструмент ложка уно (металлическая петля для удаления комедонов), металлические насадки для алмазной шлифовки собирают в емкости и подвергают обеззараживанию погружением в дезинфицирующий раствор. После обеззараживания отправляют на предстерилизационную очистку и стерилизацию в стерилизационный кабинет.

134. Использованное белье собирается в мешки из непромокаемого материала или емкости с крышками и стирается в специально оборудованном помещении (стиральная машина, сушилка, гладильная доска, шкаф для хранения) или централизованно в прачечной. В случае контаминации белья биологическими жидкостями его предварительно замачивают в дезинфицирующем растворе. Одноразовое использованное белье (простыни, шапочки, салфетки для умывания, ватные диски) сбрасываются в отходы класса Б.

135. Перед стерилизацией все предметы медицинского назначения, подлежащие стерилизации, должны быть упакованы в специальный упаковочный материал.

136. Ложки уно перед упаковкой и стерилизацией тщательно проверяются на целостность: на поверхностях инструментов не должно быть трещин, заусенцев, колющих, режущих и острых кромок, царапин и других дефектов.

137. Все косметические инструменты (кисточки, чашки, шпатели) после очистки в моющем растворе подлежат тщательному полосканию под проточной теплой водой, далее просушиваются и хранятся в УФ-шкафу.

138. Ватные диски, на которых остались биологические жидкости (сальный секрет, кровь, гной и др.), сбрасываются в отходы класса Б и утилизируются согласно порядку обращения с медицинскими отходами.

139. При отсутствии пункта автоклавирувания медицинских отходов (ПАМО) рекомендуется заключать договоры по обеззараживанию/обезвреживанию медицинских отходов в ОЗ или

частными специализированными предприятиями согласно порядку обращения с медицинскими отходами.

Глава 6. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, и внутрибольничных инфекций в хирургических отделениях ОЗ

§ 1. Требования к организации мероприятий по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) в организациях здравоохранения

140. Ответственность за организацию профилактических, противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий возлагается на директора, главного врача и комитет качества безопасности медицинских услуг организации здравоохранения.

141. В организациях здравоохранения, оказывающих хирургическую помощь населению, должны быть предусмотрены специалисты инфекционного контроля (врач/медицинская сестра с высшим медицинским образованием и/или медицинская сестра), имеющие специальную подготовку (специализацию) по эпидемиологии и инфекционному контролю.

142. Медперсонал хирургических отделений/организаций должен проходить обязательные профилактические медицинские осмотры и скрининг на наличие инфекций при приеме на работу и в период работы.

143. Обследование медицинского персонала на носительство условно-патогенных микроорганизмов проводят только по эпидемическим показаниям вспышки инфекции, связанным с оказанием медицинской помощи/внутрибольничные инфекции (ИСМП/ВБИ), вызванные каким-либо типом микроорганизмов). Плановое обследование медицинского персонала хирургических отделений (включая акушерско-гинекологическую службу) на носительство золотистого стафилококка не проводится.

144. Медперсонал организаций здравоохранения подлежит профилактической иммунизации против вирусного гепатита В до 60 лет (в обязательном порядке при поступлении на работу) при отсутствии медицинских противопоказаний. В случае отказа от иммунизации медперсонал должен подтвердить отказ в письменной форме. Иммунизация против других инфекционных заболеваний проводится в соответствии с национальным календарем прививок, а также по эпидемическим показаниям (плановым и экстренным).

145. Медперсонал хирургических отделений/организаций, имеющий поражения кожи, следует отстранить от работы до тех пор, пока не будет исключено их инфекционное поражение и сотрудник не получит адекватное лечение, инфекция не будет купирована.

§ 2. Общие требования к противоэпидемическому режиму кабинетов, отделений стационаров хирургического профиля

146. Персонал должен соблюдать безопасность медицинских процедур и стандартные меры предосторожности при работе с любым пациентом. Любой пациент рассматривается как потенциально инфицированный, поскольку множество инфекционных заболеваний могут оставаться нераспознанными.

147. При необходимости персонал принимает дополнительные меры предосторожности, соответствующие эпидемиологическим особенностям конкретной инфекции.

§ 3. Предоперационная подготовка

148. Срок пребывания пациента в больнице перед операцией должен быть настолько коротким, насколько это возможно с учетом необходимости адекватной подготовки пациента к операции.

149. При проведении плановых операций: пациенту перед предстоящей операцией необходимо принять душ и надеть чистый халат/пижаму или сорочку перед входом в операционный зал.

150. При проведении экстренных операций: медперсоналу следует подготовить операционное поле (это мытье операционного поля с мылом и водой или с антисептиком) и одеть пациента в чистый халат/пижаму или сорочку.

151. В организации здравоохранения хирургического профиля должен иметься внутренний протокол, утвержденный приказом, по проведению периоперационной антибиотикопрофилактики (ПАП).

152. В протоколе должны быть указаны: перечень показаний и противопоказаний для проведения ПАП, время и способ введения, дозировка и название противомикробного препарата, альтернативные препараты для пациентов с аллергическими реакциями на препараты выбора.

153. Всегда, когда это возможно, перед проведением плановых операций следует выявлять и лечить все инфекции иной локализации, чем планируемая область хирургического вмешательства, и откладывать плановые операции у пациентов с другими инфекционными очагами до их купирования.

154. Следует адекватным образом контролировать уровень глюкозы в сыворотке крови у всех пациентов с диабетом, в особенности избегая гипергликемии в предоперационном периоде.

155. Персонал обязан соблюдать гигиену рук согласно приложениям 1, 2 к настоящей Инструкции.

156. При проведении дезинфекции и стерилизации хирургического материала и инструментария необходимо руководствоваться пунктами 1, 4, 5 приложения 21 к настоящей Инструкции.

§ 4. Общие требования к операционному блоку

157. Размещение мебели и оборудования, а также площадь помещений должны соответствовать требованиям утвержденных санитарно-эпидемиологических правил и нормативов "Санитарно-эпидемиологические требования к лечебно-профилактическим организациям".

158. Операционный блок должен иметь зонирование:

- зона стерильного режима, состоящая из операционных залов, предоперационных, комнат для наркоза;

- зона строгого режима, состоящая из помещений для переодевания участников операции, хранения аппаратуры, инструментов и чистого операционного белья;

- зона общепольничного режима, отделяемая от остальных помещений операционного блока "красной чертой".

159. В операционном блоке должна соблюдаться поточность зон.

160. Поток людей ограничен только пациентами и лицами, которые участвуют в операции.

161. Перед предстоящей операцией персонал должен принять душ. В этой же зоне должна быть предусмотрена комната для переодевания.

162. В частично закрытой зоне персонал носит хирургические костюмы, в том числе головной убор, чистую закрытую обувь, которая защищает ноги от жидкостей и падающих предметов.

163. В частично закрытой зоне должны иметься закрытые шкафы или закрытая комната для хранения стерильных изделий медицинского назначения (ИМН).

164. Перед операцией проводят мероприятия по организации работы в операционном блоке.

165. Столы устанавливаются на расстоянии не менее 40-50 см от стен, шкафов и других нестерильных поверхностей.

166. Емкость для загрязненного белья размещается в стороне от стерильных предметов.

167. Емкости для сбора и обработки использованных колющих, режущих предметов размещаются в стороне от стерильных предметов.

168. Инструменты и шовные материалы, проверенные и готовые к открытию, должны быть разложены на стерильных столах.

169. Нестерильные поверхности, планируемые к использованию во время процедуры, накрываются стерильными барьерными материалами.

170. Перед операцией медперсонал проводит хирургическую обработку рук.

171. Перед оперативными вмешательствами персонал, прошедший хирургическую обработку рук, использует стерильные СИЗ (костюм, халат, стерильные хирургические перчатки).

172. После каждого оперативного вмешательства спецодежда (халат, костюм, чепчики, маска-косынка) снимается и стирается в моющем растворе, в случае загрязнения биологическими жидкостями (кровь и т.д.), предварительно до стирки, замачивается в дезинфицирующем растворе в прачечном отделении. После стирки и сушки спецодежда упаковывается в биксы и передается на стерилизацию в центральное стерилизационное отделение (ЦСО).

173. Если во время процедуры стерильные перчатки были загрязнены или порваны, их заменяют так быстро, насколько это позволяют соображения безопасности.

174. Перчатки после использования сбрасываются в отходы класса Б.

175. При использовании защитных очков после каждого использования очки протирают дезинфицирующим раствором, промывают проточной водой, высушивают.

176. Маску необходимо менять через каждые 2-4 часа работы.

177. Пациент должен заходить в операционный зал в чистой одежде.

178. Перед началом хирургических процедур проводят следующие мероприятия:

- волосы вокруг операционного поля подстригают близко к поверхности кожи непосредственно перед операцией или при необходимости машинкой для стрижки волос или с использованием крема-депилятора;

- пациента накрывают стерильной простыней;

- если операционное поле имеет видимые загрязнения, его моют водой с мылом и высушивают, перед тем как обработать антисептиком;

- кожа тщательно моется круговыми движениями от операционного поля наружу на несколько сантиметров.

179. Для обработки кожных покровов используют кожные антисептики:

- йодосодержащие препараты;

- 0,5% спиртовой раствор хлоргексидина глюконата;

- спирты: этиловый (70%), изопропиловый (60%), пропиловый (60%) или готовые формы;

- другие антисептики для этих целей, разрешенные к применению в Кыргызской Республике в соответствии с инструкцией производителя, согласно перечню антисептиков (приложение 3 к настоящей Инструкции).

180. Антисептику не дают затекать под тело пациента.

181. Подсчет инструментов или тампонов во время проведения хирургических процедур производится до того, как хирург сделает надрез.

182. Подсчет инструментов или тампонов во время проведения хирургических процедур производится до того, как будет закрыта брюшина.

183. Ведется регистрация учета инструментов и тампонов.

184. Безопасное обращение с колюще-режущими инструментами во время хирургических процедур.

185. Для удержания лезвия, скальпеля, установки и снятия лезвия или заправки шовного материала в иглу используются пинцеты.

186. Для удержания ткани при выполнении разреза скальпелем или зашивания используется хирургический зажим.

187. Одноразовые стерильные хирургические иглы извлекаются из упаковки и вставляются в иглодержатель.

188. Острые инструменты и иглы передаются на лотке с использованием методики "свободные руки", а не передаются из рук в руки.

189. Острые инструменты удаляют из поля немедленно после использования.

190. В организации здравоохранения должен использоваться шовный материал, с иглой (синтетический - кроме кетгута), 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.

191. Во время хирургических процедур ведется контроль за передвижением персонала.

192. Двери в операционную держат закрытыми в течение всей процедуры и открывают только для перемещения персонала, пациентов, материалов и оборудования.

193. В операционную в течение операции входит только тот персонал, который необходим для проведения процедуры.

194. После окончания хирургических процедур инструменты, белье и отходы убирают.

195. Персонал надевает хозяйственные перчатки, когда он проводит манипуляции с загрязненными инструментами, бельем и отходами.

196. Использованный многоцветный инструментариий собирают в емкости и подвергают обеззараживанию погружением в дезинфицирующий раствор. После обеззараживания отправляют на предстерилизационную очистку и стерилизацию в ЦСО.

197. Съёмные детали аппаратов дезинфицируют так же, как изделия медицинского назначения из соответствующих материалов.

198. Использованное многоцветное белье (операционное белье и спецодежда) собирается в мешки из непромокаемого материала или емкости с крышками и отправляется в прачечную на стирку. В случае контаминации биологическими жидкостями предварительно замачивают в дезинфицирующем растворе согласно инструкции производителя и стирают в прачечном отделении.

199. Комплектация и укладка в биксы чистого и проглаженного операционного белья и халатов для проведения операции проводятся в чистой зоне операционного блока операционной медсестрой с последующей стерилизацией в ЦСО.

§ 5. Обработка операционного поля

200. Для обработки кожи операционного поля следует использовать следующие антисептики:

1) 0,5% спиртовой раствор хлоргексидин глюконата или;

2) 70% этиловый спирт или;

3) йодосодержащие препараты;

4) другой антисептик, разрешенный к использованию для этих целей в Кыргызской Республике.

201. Обработка операционного поля включает в себя четыре этапа. Первый этап заключается в обработке широкого поля от центра к периферии, уделяя особое внимание кожным складкам, околопупочной области и пупочной воронке, 2 раза. Второй этап: кожа обрабатывается непосредственно перед началом операции, после обложения необходимого для проведения оперативного доступа участка стерильным бельем. Третий и четвертый этапы обработки проводят до и после наложения швов на коже. Данная методика обработки операционного поля является универсальной.

202. Антисептик при обработке кожи перед операцией следует наносить концентрическими кругами от центра к периферии. Подготовленная область должна быть достаточно велика, чтобы в случае необходимости продолжить разрез или сделать новые разрезы для установки дренажей.

203. Для изоляции кожи операционного поля применяют специальные стерильные одноразовые наборы или стерильные простыни с разрезом, сверху накладывают пленку с разрезом. Также может использоваться липкая специальная антисептическая пленка, через которую делают разрез кожи.

§ 6. Подготовка стерильных столов

204. При подготовке стерильных столов необходимо соблюдать меры асептики и антисептики.

205. Стол предварительно протирают одним из дезинфицирующих средств, предназначенных для поверхностей в помещениях.

206. Перед стерилизацией используемые простыни для подготовки стерильных столов проверяют на целостность и наличие повреждений, при их наличии следует заменить.

207. Бикс двукратно протирается дезинфицирующим средством, если биксы транспортируются из ЦСО в мешках. Перед извлечением из стерильной коробки простерилизованных материалов предварительно проверяют дату стерилизации, визуально оценивают плотность закрытия крышки стерилизационной коробки и целостность стерилизационной упаковки однократного применения. После чего на бирке бикса ставят дату, время вскрытия и подпись.

208. Перед извлечением из стерильной коробки простерилизованных материалов персонал проводит гигиену рук, надевает стерильный халат, перчатки, чепчик и маску. Перед извлечением материала проверяется тест индикатора, простерилизованный материал извлекается из бикса корнцангом.

209. На каждую операцию накрывается отдельный инструментальный рабочий стол, который после операции полностью убирается.

210. При подготовке 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 на 15 см. Выкладывают стерильные инструменты, материалы и сверху накрывают их стерильной пленкой, сложенной вдвое.

211. Альтернативой использованию стерильных столов являются индивидуальные укладки инструментов, упаковка которых обеспечивает сохранение стерильности до использования содержимого укладки.

§ 7. Подготовка операционной бригады

212. Персоналу операционного блока перед началом работы рекомендуется принять душ и надеть чистую спецодежду (блузу, брюки, тапочки, шапочку). В этой одежде персонал переходит в зону строгого режима.

213. Персонал, участвующий в операции, снимает одежду, используемую в отделении, в зоне строгого режима, принимает душ и/или проводит гигиеническую обработку рук, далее проходит в зону строгого режима, где надевает блузу, брюки, сменную обувь и шапочку.

214. Члены операционной бригады перед входом в зону стерильного режима надевают одноразовую стерильную/чистую маску и чепчик, закрывающий полностью волосы, и проходят в предоперационную, где проводят хирургическую обработку рук (мытьё рук), сушат стерильной салфеткой и проводят хирургическую обработку рук антисептическим раствором на спиртовой основе, разрешенным к использованию для этих целей в Кыргызской Республике, затем проходят в операционный зал.

215. После того как руки обработаны и высушены, члены операционной бригады надевают стерильные халат и перчатки с помощью медицинской сестры. Перчатки надевают после надевания стерильного халата.

216. Необходимо заменить хирургический костюм, если он видимо загрязнен и/или контаминирован кровью или другими потенциально заразными материалами.

217. Рекомендуется использовать двойные перчатки при любых видах операций с индикацией прокола (нарушение целостности) во время проведения обширных операций, что является адекватной защитой от инфицирования. Двойные перчатки повышают уровень защиты, уменьшая количество сквозных проколов, а с другой - позволяют вовремя обнаружить повреждение и своевременно принять необходимые меры. При проколе или повреждении перчатки во время операции перчатка должна быть сразу же заменена.

218. Каждый, кто входит в операционную во время операции, должен всегда надевать сменную форму (чепчик, маска, одноразовый/многократный чистый халат, сменная обувь) с соблюдением гигиены рук.

§ 8. Дезинфекционные мероприятия в операционном блоке

219. Для поддержания асептического режима в операционном блоке осуществляются 4 вида уборки: предварительная, текущая, заключительная и генеральная.

220. Воздух в операционном блоке следует обеззараживать с помощью разрешенного для этой цели оборудования и/или средств в соответствии с руководствами по эксплуатации конкретного оборудования или инструкциями по применению средств, предназначенных для обеззараживания воздуха в помещениях. Обеззараживание воздуха проводят с использованием следующих технологий:

- воздействие ультрафиолетовым излучением с помощью открытых и комбинированных бактерицидных облучателей, применяемых в отсутствие людей не менее 30 минут, и закрытых облучателей, в том числе рециркуляторов, позволяющих проводить обеззараживание воздуха в присутствии людей; необходимое число облучателей для каждого оперблока определяется расчетным путем на площадь помещения согласно инструкции производителя;

- применение антимикробных фильтров, в том числе электрофильтров, а также фильтров, работающих на принципе фотокатализа и ионного ветра;

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

221. Предстерилизационная очистка и стерилизация медицинского инструментария и материалов операционного блока проводится в ЦСО.

§ 9. Организация работы перевязочной

222. В структуре хирургического отделения необходимо иметь две перевязочные - для чистых и гнойных перевязок. При отсутствии таких условий пациентам без инфекции проводят перевязки/процедуры в первую очередь, а пациенты с инфекцией - во вторую.

223. Перед началом работы проводится предварительная уборка с дезинфицирующим средством.

224. Перевязочная должна быть обеспечена достаточным количеством инструментов для работы в течение смены.

225. Малый инструментальный стол готовится перевязочной медицинской сестрой, комплекты стерильных инструментов готовятся на одну перевязку.

226. При подготовке 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 на 15 см. Выкладывают стерильные инструменты, материалы и сверху накрывают их стерильной пленкой, сложенной вдвое на 6 часов.

227. Альтернативой использованию стерильных столов являются индивидуальные укладки инструментов, упаковка которых обеспечивает сохранение стерильности до использования содержимого укладки.

228. перевязки проводят в стерильных перчатках, чистом халате, чепчике и маске, фартук используется, если предполагается разбрызгивание биологической жидкости.

229. Стол и кушетка протираются ветошью, смоченной в дезинфицирующем средстве, после каждой перевязки.

230. Использованные инструменты после дезинфекции (экспозиция согласно инструкции производителя) в конце рабочего дня относятся в ЦСО в специальных плотно закрывающихся контейнерах/емкостях, биксы предварительно протираются чистой влажной салфеткой и доставляются в чистых мешках ЦСО.

231. В конце рабочего дня проводится заключительная уборка.

232. Все медицинские отходы относятся в ПАМО (пункт автоклавирования медицинских отходов) согласно графику, если даже объем медицинских отходов (МО) не превысил 3/4.

§ 10. Антибиотикопрофилактика инфекций в области хирургического вмешательства

233. В организации здравоохранения хирургического профиля должен иметься внутренний утвержденный приказом протокол по проведению периоперационной антибиотикопрофилактики (ПАП).

234. В протоколе должны быть указаны: перечень показаний и противопоказаний для проведения ПАП, время и способ введения, название противомикробного препарата его дозировка, альтернативные препараты для пациентов с аллергическими реакциями на препараты выбора.

235. Каждый оперирующий хирург должен знать факторы риска возникновения осложнений при оперативных вмешательствах (факторы риска, связанные с пациентом, факторы риска, связанные с операцией и т.д.).

236. Для оценки риска возникновения инфекций в области хирургических вмешательств (ИОХВ) у пациентов в послеоперационном периоде применяется индекс риска инфекционных осложнений NNIS (National Nosocomial Infection Surveillance).

237. Каждая организация здравоохранения хирургического профиля должна работать согласно алгоритму действия ответственных лиц за выполнение протокола периоперационной антимикробной профилактики.

238. Лечащий врач-хирург должен указать в медицинской карте стационарного больного (форма № 003/у) или медицинской карте амбулаторного больного (форма № 025/у) следующую информацию:

- 1) класс операционной раны (I-IV) в разделе "Протокол операции" в соответствии с классификацией;
- 2) длительность операции в минутах в разделе "Протокол операции";
- 3) антимикробные препараты (АМП), используемые для ПАП в разделе "Лист назначения";
- 4) время введения (однократное и многократное) антимикробных препаратов (АМП), используемых для ПАП, по отношению ко времени кожного разреза в разделе "Лист назначения".

239. Лечащий врач-хирург во время первой перевязки должен сообщить перевязочной медицинской сестре класс операционной раны прооперированного пациента для внесения данных в карту сестринского наблюдения за пациентами в послеоперационном периоде.

240. Врач-анестезиолог должен указать в медицинской карте стационарного больного или медицинской карте амбулаторного больного в разделе "Осмотр анестезиолога перед определением показаний к операции" следующую информацию:

- 1) оценка риска анестезии и операции по тяжести состояния пациента (классификация ASA);
- 2) противомикробный препарат, используемый для ПАП;

3) время введения (однократное и многократное) противомикробного препарата по отношению ко времени кожного разреза.

241. Старшая сестра операционного отделения должна следить за наличием противомикробных препаратов для ПАП в операционной.

242. Перевязочная сестра хирургического отделения должна ежедневно заполнять карту сестринского наблюдения за пациентами в послеоперационном периоде по результатам проведения перевязок (под контролем врача-хирурга).

243. В карте сестринского наблюдения должны заполняться графы:

1) класс операционной раны перевязываемых пациентов (по сообщению врача-хирурга);

2) наличие клинических проявлений ИОХВ в соответствии с критериями стандартного эпидемиологического определения случая;

3) факт забора клинического материала из очага инфекции для бактериологического анализа.

244. Контроль ведения записей перевязочной сестрой осуществляет врач, делающий перевязки прооперированному пациенту.

245. Карта сестринского наблюдения за пациентами в послеоперационном периоде после заполнения заверяется заведующим хирургическим отделением и передается госпитальному эпидемиологу или лицу, ответственному за организацию инфекционного контроля в учреждении здравоохранения.

246. Специалист ИК ежеквартально должен оценивать выполнение ПАП оперативных вмешательств, проводимых в конкретных хирургических отделениях.

247. Специалист ИК в команде с другими ответственными лицами 1 раз в 6 месяцев должен проводить исследования в ОЗ "Превалентность по ИОХВ".

248. Эпидемиологи госсанэпиднадзора должны включить вопросы по оценке выполнения и качества проведения ПАП в комплексный план проверок в ОЗ хирургического профиля и хирургического отделения.

Глава 7. Профилактика ИСМП/ВБИ в отделениях высокого риска (реанимация и интенсивная терапия)

§ 1. Общие требования

249. 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 (палаты), для выхода из наркоза и кратковременного наблюдения в послеоперационном периоде (палаты).

250. Персонал реанимационного отделения должен быть обеспечен специальной одеждой (комплект из блузы и брюк, шапочки, тапочек, халата) с ежедневной сменой комплектов.

251. При входе и выходе из реанимационной палаты персонал проводит гигиену рук.

252. После выписки больного из отделения прикроватная тумбочка, кровать обрабатываются дезинфицирующим раствором. Постельные принадлежности (матрас, подушка, одеяло и др.) обязательно подвергают камерной дезинфекции. При использовании матрасов с непроницаемыми для влаги чехлами чехлы подвергаются влажной дезинфекции.

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

§ 2. Профилактика ИСМП/ВБИ, связанных с использованием дыхательной аппаратуры

254. Эндотрахеальные, трахеостомические и/или энтеральные (назо-, оро-, гастральные-, интестинальные) трубки должны быть немедленно удалены по устранении клинических показаний для их использования.

255. Должно быть обеспечено постоянное удаление секрета из надманжеточного пространства.

256. Перед удалением эндотрахеальной трубки (сдутием манжеты) следует убедиться, что секрет удален из надманжеточного пространства.

257. У пациентов с высоким риском аспирационной пневмонии, находящихся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ), с назогастральной, назоинтестинальной трубкой, головной конец кровати должен быть поднят на 30-45°.

258. Для профилактики орофарингеальной колонизации следует проводить адекватный туалет ротоглотки: катетерная аспирация слизи, а также обработка антисептическими растворами у пациентов, перенесших кардиохирургические операции, и других пациентов, имеющих высокий риск развития пневмонии. Обработка полости рта проводится салфеткой, пропитанной водным раствором хлоргексидина 0,05% или другим разрешенным антисептиком местного применения.

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

260. Трахеостомию выполняют в стерильных условиях.

261. Замену трахеостомической трубки следует выполнять в стерильных условиях, необходимо использовать одноразовые стерильные трахеостомические трубки.

262. При выполнении санации трахеобронхиального дерева (ТБД) используются стерильные одноразовые перчатки.

263. При использовании открытых систем для аспирации секретов дыхательных путей применяют стерильные отсосные катетеры однократного применения.

264. Для удаления дыхательных секретов используют только стерильные жидкости в разовой расфасовке.

265. Следует использовать стерильные одноразовые расходные материалы, соприкасающиеся с дыхательными путями больного (эндотрахеальные трубки, трахеостомические канюли, катетеры для аспирации секрета трахеобронхиального дерева, шланги дыхательных аппаратов/контуры и т.д.).

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

267. Следует своевременно удалять любой конденсат в контуре.

268. Обеззараживание наркозно-дыхательных аппаратов проводят в соответствии с инструкцией производителя.

269. Не следует без особых показаний стерилизовать или дезинфицировать детали внутреннего устройства аппаратов для ИВЛ и наркозных аппаратов.

270. С целью предотвращения перекрестного инфицирования пациентов через наркозно-дыхательную аппаратуру целесообразно использовать бактериологические фильтры, предназначенные для оснащения указанной аппаратуры. Установку и замену фильтров осуществляют в соответствии с инструкцией по применению конкретного фильтра.

271. Не разрешается помещать бактериальные фильтры между резервуаром увлажнителя и инспираторным отделом дыхательного контура.

272. Для заполнения резервуаров увлажнителей используют стерильную или пастеризованную дистиллированную воду.

273. Рекомендуется использование тепловлагообменников.

§ 3. Требования к проведению дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации изделий медицинского назначения в отделениях высокого риска

274. Для 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.

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

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

277. Постановку сосудистых катетеров и уход за ними должен проводить специально обученный персонал (врачи). Установка и уход за сосудистыми катетерами проводится согласно приложениям 15, 16 и 17 настоящей Инструкции.

Глава 8. Эпидемиологический надзор за инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи (ИСМП)/внутрибольничными инфекциями (ВБИ)

278. Эпидемиологический надзор в ОЗ предполагает организацию эпидемиологического наблюдения за ИСМП в рамках системы инфекционного контроля. Необходимым условием организации эпидемиологического надзора за ИСМП является использование стандартных определений случаев инфекций и информации о количестве инвазивных манипуляций, являющихся факторами риска, при проведении эпидемиологической диагностики ИСМП. Важной задачей эпидемиологического надзора является выявление приоритетных факторов риска в конкретных условиях отдельного стационара, конкретного клинического отделения.

279. Задачи эпидемиологического надзора в ОЗ:

- 1) активное выявление, учет и регистрация ИСМП;
- 2) внутренний учет и регистрация инфекций в области хирургических вмешательств (ИОХВ). Выявление ИОХВ осуществляется в процессе наблюдения за прооперированными больными хирургом, перевязочными медицинскими сестрами и специалистом инфекционного контроля;
- 3) выявление факторов риска возникновения ИСМП у отдельных категорий пациентов в различных типах ОЗ;
- 4) эпидемиологический анализ заболеваемости пациентов ИСМП с выявлением ведущих причин и факторов, способствующих возникновению и распространению ИСМП;
- 5) эпидемиологический анализ заболеваемости медицинского персонала ИСМП с выявлением ведущих причин и факторов, способствующих возникновению и распространению ИСМП;
- 6) микробиологический мониторинг за возбудителями ИСМП;
- 7) определение спектра устойчивости микроорганизмов к антимикробным средствам (антибиотикам, антисептикам, дезинфицирующим средствам и др.) для разработки рациональной стратегии и тактики их применения;
- 8) эпидемиологическая и гигиеническая оценка больничной среды, условий пребывания в ОЗ пациентов и медицинских работников;
- 9) оценка эффективности проведенных профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- 10) прогнозирование эпидемической ситуации.

280. Сбор информации (мониторинг) включает в себя:

- определение контингента (групп) пациентов и/или отделений для эпидемиологического наблюдения (например, все пациенты с хирургическим вмешательством, отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), родильные дома и др.);

- сбор информации по виду инфекции (определение нозологической формы ВБИ) и соответствующей информации по каждому случаю (с точными определениями).

281. Сбор информации (мониторинг) осуществляется 1 раз в квартал.

282. Случаи, подлежащие учету и регистрации:

1) все выявленные случаи ИСМП среди пациентов, обратившихся за медицинской помощью, и/или госпитализированных больных (при проведении исследования превалентности по всей ОЗ и все случаи ИСМП в отделениях высокого риска ОРИТ);

2) все случаи инфекционных заболеваний среди медицинского персонала отделения/организации здравоохранения;

3) все случаи "заноса" инфекции, т.е. случаи инфекционного заболевания, имеющегося у пациента на момент обращения за медицинской помощью и/или госпитализации, или проявившееся в стационаре, но приобретенное до госпитализации, или обращения за медицинской помощью. Это необходимо для дифференциации ИСМП от заноса инфекции при эпидемиологическом расследовании в последующем;

4) все случаи травм медицинских работников и аварийных ситуаций во время оказания медицинской помощи.

283. Подача экстренного извещения в территориальные центры госсанэпиднадзора (по принадлежности) обязательна в следующих случаях:

1) ИСМП, обусловленных патогенными микроорганизмами;

2) вспышки ИСМП;

3) sporadicческой заболеваемости ИСМП/ВБИ, обусловленные условно-патогенными микроорганизмами, экстренные извещения не подаются, случаи подлежат внутреннему учету и регистрации. Данные внутреннего учета частоты ИОХВ и факторов, способствующих риску их возникновения, подлежат внутреннему анализу для разработки профилактических мероприятий;

4) выявления и учета случаев инфекционного заболевания, интоксикации, сенсibilизации организма, травм (микротравм), аварийных ситуаций с попаданием крови и биологических жидкостей на кожу и слизистые, организацию диспансерного наблюдения, в том числе за носителями маркеров гемоконтактных инфекций.

284. Подача экстренного извещения не является поводом для наказания, а производится с целью привлечения специалистов санитарно-эпидемиологической службы для квалифицированного расследования случаев и разработки соответствующих противоэпидемических мероприятий.

285. Лица, выявляющие и регистрирующие случаи ИСМП:

1) случай ИСМП может быть выявлен лечащим/дежурным врачом, специалистом инфекционного контроля или перевязочной/процедурной медсестрой, сотрудником микробиологической лаборатории;

2) в случае выявления признаков ИСМП перевязочной/процедурной медсестрой, медицинская сестра должна сообщить об этом лечащему/дежурному врачу и специалисту инфекционного контроля;

3) диагноз ИСМП устанавливается на основе Стандартного определения случая лечащим врачом и/или специалистом инфекционного контроля;

4) при выявлении и установлении диагноза лечащий врач и/или специалист инфекционного контроля заполняет эпидемиологическую карту на этот случай и сообщает ответственному за инфекционный контроль в отделении (старшая медицинская сестра отделения) данные для регистрации случая;

5) ответственный за ИК в отделении (старшая медицинская сестра отделения) производит регистрацию случая ИСМП в журнале учета инфекционных заболеваний.

286. Заполненные эпидемиологические карты передаются специалисту ИК для учета и анализа ситуации.

287. Сбор данных: специалист инфекционного контроля, ответственный врач и/или медицинская сестра отделения за ИК, должны быть подготовленными в области эпидемиологического надзора, включая подготовку по сбору данных. В программе ИК ОЗ (или в отдельном документе) должны быть описаны используемые методы, данные для сбора (например, критерии включения пациента, определения), ожидаемые результаты, сроки подготовки и представления отчетов.

288. Источники данных:

- 1) истории болезни/родов;
- 2) температурные листы для обнаружения новых случаев инфекции;
- 3) схемы лечения для выявления пациентов, которым назначен курс антибиотикотерапии;
- 4) аптечные сводки для выявления проблемных отделений, где наблюдается увеличение потребления антибиотиков;
- 5) заключения по рентгеновским снимкам грудной клетки для выявления случаев пневмонии;
- 6) патологоанатомические заключения;
- 7) обсуждение случаев с медицинским персоналом во время периодических визитов в палаты;
- 8) лабораторные отчеты: выделение микроорганизмов, потенциально связанных с инфекцией, штаммов с противомикробной устойчивостью, проведение серологических тестов. При этом следует помнить, что отчеты микробиологической лабораторной службы имеют низкую чувствительность, потому что клинический материал собирается не на все виды инфекций, образцы могут быть не соответствующими, некоторые патогенные микроорганизмы не могут быть выделены по ряду причин (например, вирусы или трудно растущие бактерии). Лабораторные отчеты тем не менее заслуживают доверия относительно надзора за инфекциями мочевыводящих путей, кровотока и бактериями с множественной лекарственной устойчивостью, потому что стандартные определения этих инфекций основаны на микробиологических данных;
- 9) другие диагностические исследования: например, определение количества лейкоцитов, результаты аутопсии.

289. Элементы данных: одна форма заполняется на каждый выявленный случай ИСМП, установленный на основании стандартного определения случая.

290. Собираемая информация должна включать:

- 1) административные данные (номер больницы, отделения, палаты, № истории болезни, дата поступления, дата выписки, лечащий врач и др.);
- 2) демографические данные (ФИО пациента, возраст, пол и др.);
- 3) дополнительные данные о состоянии пациента (диагноз и тяжесть основного заболевания пациента, иммунологическое состояние, вес и др.);
- 4) данные о факторах риска (типы, даты и количество вмешательств, воздействие медицинских приборов, оперативные вмешательства, инъекции, катетеризации, переливание компонентов крови и др.);
- 5) информация о ИСМП (нозологическая форма, дата начала появления инфекции, симптоматика и др.);
- 6) лабораторные данные (выделенный микроорганизм, обусловивший ИСМП, антибиотикочувствительность штамма, дата забора и вид клинического образца);
- 7) профилактика (применение антибиотиков, удаление инвазивных устройств и др.).

291. Качество данных: обеспечение достоверности данных является неотъемлемой частью для обеспечения точной их интерпретации, длительным процессом, который может включать различные методы:

- 1) перед вводом данных информация проверяется на предмет достоверности другим специалистом по сбору данных;

2) если используется компьютеризированный сбор данных, программное обеспечение должно включать опцию проверки ввода (каждая собираемая переменная должна кодироваться согласно эпидемиологической карте);

3) перед проведением анализа должна производиться ретроспективная проверка на предмет достоверности данных для выявления отсутствующих величин, несовместимости, посторонние значения/возможные ошибки, неожиданные величины или коды.

292. Базы данных по ИСМП: база данных специалиста инфекционного контроля (госпитального эпидемиолога) должна включать в себя следующие информационные потоки:

1) сведения о внутренних факторах риска, присущих той или иной группе пациентов;

2) характеристика лечебно-диагностического процесса: данные о хирургических и других агрессивных и инвазивных манипуляциях, данные об антимикробной терапии;

3) данные о подсчетах количества манипуляций, проведенных за определенный период времени согласно приложениям 35, 36 настоящей Инструкции;

4) данные выявления и регистрации ИСМП, основанные на клинических и лабораторных данных;

5) результаты микробиологической диагностики, включающие данные видовой идентификации возбудителей ИСМП, выделенные от пациентов и из объектов внешней среды и персонала (в зависимости от эпидемиологической ситуации), и результаты внутривидовой идентификации, включающие определение чувствительности выделенных штаммов к антимикробным средствам;

6) состояние санитарно-противоэпидемического режима: изоляционно-ограничительные процедуры, качество стерилизации и дезинфекции, процедуры обработки рук персонала и т.д.;

7) сведения об эпидемиологической ситуации в районе и других медицинских учреждениях, откуда могут поступать пациенты.

293. Эпидемиологи служб общественного здравоохранения/Национального института общественного здоровья имеют право официально запросить у организаций здравоохранения данные по ИСМП/ВБИ.

Глава 9. Дезинфекционно-стерилизационный режим в родильном зале

294. Размещение мебели и оборудования, а также площадь помещений должны соответствовать санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам "Санитарно-эпидемиологические требования к лечебно-профилактическим организациям", "Об утверждении актов в области общественного здравоохранения" согласно утвержденным санитарно-эпидемиологическим требованиям.

295. Места, где находятся пациентки, у которых началась родовая деятельность, и где принимаются роды, должны содержаться в чистоте.

296. Родильный зал, где находятся роженицы и протекают роды, должен быть чистым, проветренным и без запаха дезинфицирующих средств.

297. Режим уборки родильных залов выполняется согласно пункту 598 настоящей Инструкции.

298. Медперсонал обязан соблюдать гигиену рук.

299. В течение одних родов медицинский работник обязан использовать средства личной защиты: хирургический костюм, одноразовые маски, чистый чепчик, защитные очки или лицевой щиток, стерильные/нестерильные перчатки, сменную обувь, резиновый или пластиковый фартук.

300. Хирургический костюм, медицинский халат стираются по мере загрязнения, но не реже 2 раз в неделю. В случае загрязнения биологическим материалом обязательно предварительное замачивание в дезинфицирующем растворе.

301. Перчатки необходимо одевать во время каждой процедуры. При проведении вагинального исследования и при хирургических вмешательствах используются только стерильные перчатки.

302. Очки/щитки: после каждого использования протираются дезинфицирующим раствором, промываются проточной водой и высушиваются.

303. Трех- и четырехслойная хирургические маски меняются каждые 2-4 часа работы.

304. Перед проведением вагинального исследования, если имеется воспалительный процесс (гнойные выделения, кольпит и др.) и видимые загрязнения, промежность обрабатывается антисептическим средством на водной основе (0,05% водный раствор хлоргексидина).

305. Проводится ограниченное количество вагинальных исследований (по мере необходимости согласно клиническому протоколу).

306. Перед принятием физиологических родов проводится гигиеническая обработка рук.

307. После окончания родов инструменты и белье подлежат дезинфекции.

308. Персонал при манипуляции с загрязненными инструментами, бельем и отходами должен использовать хозяйственные перчатки.

309. Использованный многоразовый инструментарий собирается в емкости и подвергается обеззараживанию полным погружением в дезинфицирующем растворе. После обеззараживания отправляется на предстерилизационную очистку и стерилизацию в ЦСО.

310. Использованное белье собирается в мешки из непромокаемого материала или емкости с крышками и отправляется в прачечную для стирки. В случае контаминации биологическими жидкостями предварительно замачивается в дезинфицирующем растворе в прачечном отделении.

311. Медицинские отходы удаляют согласно порядку обращения с медицинскими отходами.

312. После манипуляций с отходами и снятия перчаток проводится обработка рук.

313. После осмотра врач или акушерка перекладывает послед в емкость с плотно закрывающейся крышкой (эмалированное или пластиковое ведро/контейнер без пакетов), имеющей маркировку класса потенциально инфицированных медицинских отходов и знака "Биологической опасности", и удаляет в санитарную комнату для дальнейшего обеззараживания и транспортировки в санитарную яму Беккера (для родильных отделений областного и территориального уровня, за исключением родильных домов города Бишкек).

314. В случае необходимости направления последа на гистологическое исследование после осмотра послед помещают в водонепроницаемый пакет, вложенный в контейнер с крышкой, промаркированной "на гистологическое исследование". На пакет с последом, направляемый на гистологическое исследование, наклеивают бумажный ярлык с указанием ФИО роженицы, номера истории, даты и времени родов и хранят до отправки в патологоанатомическое бюро в том же контейнере в холодильной камере не более 48 часов.

315. Рекомендуется использование одноразового вакуум-экстрактора с последующей утилизацией после использования.

316. Многоразовый вакуум-экстрактор после использования дезинфицируется и промывается стерильной дистиллированной водой. Акушерские силиконовые вакуумные присоски обеззараживаются, промываются и отправляются в ЦСО для проведения предстерилизационной очистки и стерилизации.

317. Рекомендуется использование одноразового мешка Амбу с последующей утилизацией. Многоразовый мешок Амбу после использования разбирается, замачивается в дезинфицирующем растворе, а затем отправляется в ЦСО для проведения предстерилизационной очистки и стерилизации.

318. Отсос-спринцовка для отсасывания слизи у новорожденных перед применением стерилизуется в ЦСО.

319. Перед стерилизацией все инструменты медицинского назначения, подлежащие стерилизации, должны быть упакованы для каждого родов индивидуально.

320. В гинекологических смотровых/кабинетах ОЗ используются одноразовые гинекологические зеркала.

321. Для акушерско-гинекологической помощи при проведении искусственного аборта, вакуум аспирации полости матки применяются одноразовые канюли. Мануальный вакуумный аспиратор подлежит полному циклу/этапу ДВУ согласно пункту 11 главы 1, "Выбор действующего вещества для ДВУ", согласно приложению 21 настоящей инструкции, или подлежит паровому/плазменному методу стерилизации.

322. Корнцанги или пинцеты для взятия инструментов из стерильного бикса хранятся в стерильной пеленке (рабочая часть корнцангов или пинцетов находится в полностью свернутой пеленке, часть корнцанга, которая берется руками, остается открытой). Корнцанги или пинцеты меняются вместе с пеленкой каждые 6 часов работы, запрещается хранение их в емкостях с антисептиком.

Глава 10. Дезинфекционно-стерилизационный режим в стоматологических кабинетах

§ 1. Общие требования

323. Режим дезинфекции и уборки в стоматологических кабинетах. Перед началом рабочего дня, проводится предварительная уборка с использованием моюще-дезинфицирующих средств.

324. В первой зоне (зона лечения), в которой находятся инструменты и материалы, предметный столик лечащего врача, после каждого пациента проводится обработка с использованием дезинфицирующих средств (текущая уборка).

325. Вторая зона (границы зоны лечения), в которой находятся стоматологическая установка, воздушно-водяные пистолеты, отсасывающие и гибкие шланги, панель управления, светильники, плевательницы, обрабатываются дезинфицирующими средствами после каждого пациента (текущая уборка).

326. Третья зона (зона сортировки и обработки инструментария) выделяется при отсутствии отдельной стерилизационной или ЦСО. Эту зону разделяют на "чистую" и "грязную" зоны:

- "чистая" зона: настольный автоклав, УФ-шкаф для хранения стерильных инструментов и материалов;

- "грязная" зона: стол сортировки использованного инструментария, 2-гнездная раковина с подводкой горячей и холодной воды.

327. Дезинфекцию, предстерилизационную очистку и стерилизацию проводят согласно главам 21, 22 и приложениям 21, 25 к настоящей Инструкции.

328. Необходимо обеспечить стерильное хранение инструментов до момента использования в УФ-шкафу.

329. Четвертая зона (остальная часть кабинета): стены, полы, двери, шкафы. Загрязнения в этой зоне устраняются ежедневной уборкой с последующим проветриванием. В случае разбрызгивания и/или попадания биологических жидкостей (слюна, кровь и т.п.) на предметы в этой области - провести дезинфекцию в соответствии с режимами, указанными в пункте 8 таблицы приложения 21 к настоящей Инструкции.

330. Генеральная уборка проводится один раз в неделю согласно пункту 598 настоящей Инструкции.

331. Кварцевание кабинетов проводится 1 раз после генеральной уборки кроме хирургических кабинетов.

§ 2. Использование средств индивидуальной защиты

332. Перчатки: необходимо одевать во время каждой процедуры. Для работы с пациентами используются одноразовые нестерильные перчатки, при хирургических манипуляциях

используются одноразовые стерильные перчатки. Для обработки и мойки инструментов используют технические перчатки.

333. Одноразовую маску необходимо менять каждые 2-4 часа работы, использованные маски сбрасываются в емкость с потенциально инфицированными отходами (класс Б3).

334. Очки и защитный экран после каждого использования протирается/замачивается в дезинфицирующем растворе в зависимости от материала, из которого изготовлены очки (стекло, пластик).

335. При загрязнении спецодежды биологическими жидкостями (кровь, слюна) до стирки предварительно замачивают в дезинфицирующем растворе.

§ 3. Безопасность медицинских процедур

336. Медперсонал обязан соблюдать гигиену рук согласно установленному алгоритму действий (приложения 1, 2 к настоящей Инструкции).

337. Перед началом манипуляций на пациента надевают одноразовый однократного применения стоматологический нагрудник или накидку. После использования одноразовые нагрудники сбрасываются в емкость с потенциально инфицированными отходами (класс Б).

338. На каждого пациента используется отдельный стерильный лоток с набором стерильных инструментов.

339. Перед началом и после осмотра, а также по необходимости во время лечения проводят полоскание рта пациента слабо-розовым раствором перманганата калия или любым другим антисептиком, разрешенным для орошения полости рта.

340. Для полоскания полости рта используют одноразовые стаканы индивидуально для каждого пациента.

341. Для вытирания слюны вокруг рта используют одноразовые бумажные салфетки, далее сбрасываются в емкость с потенциально инфицированными отходами (класс Б).

342. При протезировании пациента проводят обеззараживание полуфабрикатов (оттиски, зубные протезы, аппараты и т.д.).

343. Оттиски, извлеченные из полости рта пациентов, погружаются в дезинфицирующий раствор в зависимости от оттискового материала согласно пункту 11 таблицы приложения 21 к настоящей Инструкции.

344. Дезинфекцию оттисков проводят в специальных полимерных контейнерах/емкостях с крышкой, выдерживающих действие дезинфицирующих средств, при полном погружении в дезинфицирующий раствор или в специальных аппаратах (согласно приложению 45 к настоящей Инструкции). При этом уровень раствора над оттиском должен быть не менее 2 см. По окончании процедуры оттиски извлекают из дезинфицирующего раствора и промывают под проточной водой в течение 1 минуты.

345. Для передачи полуфабрикатов (оттисков и другого материала) в техническую лабораторию используют непромокаемый пластиковый пакет или специальный полимерный контейнер с указанием номера наряда, даты, ФИО техника и врача.

346. Готовые протезы и их полуфабрикаты (восковые шаблоны, восковые базисы с искусственными зубами, индивидуальные ложки и протезы), поступившие из технической лаборатории, промывают в проточной воде в течение 2 минут и дезинфицируют погружением в 3% раствор перекиси водорода на 30 минут.

347. Обеззараженный протез и полуфабрикаты ополаскивают водой перед введением в полость рта.

348. После каждого приема пациента проводят уборку рабочей зоны.

349. По завершении приема врач-стоматолог, не снимая перчатки, проводит обработку стоматологических наконечников готовыми дезинфицирующими салфетками, после обработки сбрасывают в емкость с потенциально инфицированными отходами (класс Б3), снимает боры для проведения дальнейшей дезинфекции.

350. Лоток с использованным инструментарием переносится в "грязную зону", где проводится сортировка медицинских отходов и замачивается в специальных полимерных контейнерах с дезинфицирующим раствором согласно пунктам 1, 11 таблицы приложения 21 к настоящей Инструкции.

351. Стоматологические установки должны быть подключены к общей системе водоснабжения и канализации.

352. Тампоны и ватные шарики из плевательницы извлекаются техническим пинцетом и сбрасываются в емкость с потенциально инфицированными отходами (класс Б). Технический пинцет погружается в емкость с дезинфицирующим раствором, который меняется в конце рабочей смены. В учреждениях, где нет возможности подключения к канализации используют многоразовые емкости для плевательницы. После каждого пациента производят замену использованной плевательницы на чистую. Содержимое использованной плевательницы (слюна и кровь) сливают в емкость с готовым рабочим дезинфицирующим раствором согласно инструкции производителя, после обеззараживания содержимое слить в централизованную канализационную систему или специализированные ямы для анатомических МО (при их наличии). Плевательницу погружают в дезинфицирующий раствор согласно пунктам 1, 11 таблицы приложения 21 к настоящей Инструкции.

353. Проводят дезинфекцию предметного столика врача для лекарств и материалов согласно пунктам 8, 9, 11 и 12 таблицы приложения 21 к настоящей Инструкции.

354. В случае контаминации стоматологического кресла биологическими жидкостями проводят обработку с применением дезинфицирующих средств согласно пунктам 9, 10 таблицы приложения 21 к настоящей Инструкции.

355. Производят замену одноразового наконечника слюноотсоса стоматологической установки. Использованные наконечники слюноотсосов сбрасываются в емкость с потенциально инфицированными отходами (класс Б3).

356. Производят смену стоматологических наконечников.

357. Световод светоотверждающей лампы протирают двукратно готовой салфеткой пропитанной дезинфицирующим раствором/спиртовой салфеткой (135-185 см и др.).

§ 4. Общие требования к проведению анестезии в стоматологии

358. Виды анестезии, используемые при стоматологических манипуляциях:

- 1) аппликационная;
- 2) инфильтрационная;
- 3) проводниковая;
- 4) внутрисвязочный метод;
- 5) общий наркоз.

359. Анестезию при всех стоматологических манипуляциях проводить строго в хирургическом отделении/кабинете.

360. В случае отсутствия хирургического отделения/кабинета анестезию проводит врач стоматолог общей практики, который имеет сертификат о прохождении курса противошоковой терапии или оказания первой помощи и при наличии в лечебном кабинете иглоотсекателя/иглодеструктора, аптечки первой помощи (противошоковой).

361. Перед тем как, проводить анестезию любому пациенту, необходимо спросить о наличии аллергических реакций и если пациент с аллергией/предрасположен к аллергии, необходимо провести аллерготесты на вводимый анестетик.

362. Перед проведением анестезии необходимо провести ополаскивание полости рта и обработать антисептиком зону введения анестетика.

363. Общий наркоз при стоматологических вмешательствах в особенности детям, проводит строго анестезиолог в хирургическом отделении или специально оборудованном лечебном кабинете.

364. В случае использования для анестезии карпульного шприца, карпульный шприц, должен пройти все этапы дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации.

§ 5. Дезинфекция и предстерилизационная очистка стоматологических наконечников

365. По завершении приема необходима продувка с целью механической очистки канала наконечника. Затем не снимая бор проводят обеззараживание путем тщательного протирания наружных частей дезинфицирующей салфеткой.

366. Необходимо провести очищение и смазку в гигиеническом аппарате для стоматологических наконечников с целью подготовки их к стерилизации в автоклаве класса В.

367. Стерилизация наконечников проводится в ЦСО методом автоклавирования.

368. Съёмные гильзы микромоторов к механическим наконечникам должны подвергаться дезинфекции и стерилизации. Должен быть запас данных инструментов.

369. Ультразвуковые наконечники и насадки к ним, должны подвергаться дезинфекции и стерилизации. Должен быть запас данных инструментов.

370. Канюли и аппаратура для снятия зубного налета должны подвергаться дезинфекции и стерилизации. Должен быть запас данных инструментов.

371. Ключи для скеллера стоматологических наконечников должны подвергаться дезинфекции и стерилизации. Должен быть запас данных инструментов.

§ 6. Дезинфекция и предстерилизационная очистка эндодонтического стоматологического инструментария

372. Дезинфекцию эндодонтического стоматологического инструментария проводят погружением в 6% раствор перекиси водорода. Промывают под проточной водой. Проводят предстерилизационную очистку в ультразвуковом очистителе в моющем растворе. Промывают под проточной, затем в дистиллированной воде, просушивают и передают на стерилизацию путем автоклавирования.

373. Эндодонтический инструментарий выдерживает 3 цикла стерилизации в автоклаве, согласно инструкции производителя. Необходимо мониторировать цикл стерилизации и оценивать внешний вид (целостность дистального отдела и цветовой гаммы рукоятки) с последующим уничтожением отработанного инструментария.

374. Строго запрещается использование эндодонтического инструментария с признаками "усталости металла".

375. При использовании пульпоэкстрактора, запрещается многократное его применение. Запрещается перестерилизация неиспользованных пульпоэкстракторов.

376. Новые пульпоэкстракторы перед использованием должны быть очищены и промыты в моющем растворе от заводской технической смазки с последующей стерилизацией в автоклаве.

377. После использования пульпоэкстракторы собирают в проколостойкую емкость для остро-колющих отходов (класс Б2).

378. Алмазные боры, диски, круги дезинфицируют погружением в 6% раствор перекиси водорода на 60 минут в специальных контейнерах/емкостях, затем помещаются в жидкость для очистки алмазных инструментов согласно инструкции производителя, проводится предстерилизационная очистка в ультразвуковой установке в моющем растворе, промываются под проточной, затем в дистиллированной воде, просушиваются и передаются на стерилизацию в ЦСО/СК.

§ 7. Дезинфекция и предстерилизационная очистка зубоврачебных зеркал

379. Обеззараживание зеркал проводят погружением в 6% раствор перекиси водорода в специальных контейнерах/емкостях по 30 минут в каждой. Промывают под проточной водой, просушивают и помещают в емкость, маркированную надписью: "Чистые зеркала".

380. Использованные одноразовые зеркала сбрасываются в емкость с потенциально инфицированными отходами (класс Б3). Запрещается многократное использование одноразовых зеркал.

381. Одноразовые наконечники слюноотсосов используются однократно.

382. Отсасывающие системы и плевательницы. Для обеззараживания стоматологических отсасывающих систем после окончания работы, через систему прокачивают 1,5 л дезинфицирующего раствора, разрешенного к использованию в Кыргызской Республике, плевательницы заливают дезинфицирующим раствором на основе действующих веществ уничтожающие споры (альдегиды, кислородсодержащие и др.) согласно инструкции производителя. По окончании дезинфекционной выдержки раствор из системы сливают и промывают проточной водой в течение 2 минут. Для очистки 1 или 2 раза в неделю отсасывающую систему и плевательницы заполняют дезинфицирующим средством, разрешенным к использованию в Кыргызской Республике с последующим промыванием проточной водой.

383. Наконечники пылесоса после использования подвергаются дезинфекции.

384. Наконечники водовоздушных пистолетов после использования подвергаются дезинфекции. Должен быть запас данных инструментов.

§ 8. Стерилизация стоматологического инструментария и материалов

385. перевязочный материал, белье, ватные шарики, турунды стерилизуют согласно главе 22 и приложению 26 к настоящей Инструкции.

386. Цельнометаллические инструменты стерилизуются согласно приложению 26 к настоящей Инструкции.

§ 9. Дезинфекция зуботехнического инструментария

386. Зуботехнический инструментарий подвергается протиранию дезинфицирующими одноразовыми салфетками в конце рабочего дня.

387. Генеральная уборка проводится согласно требованиям главы 17 настоящей Инструкции.

388. Стоматологические инструменты:

1) пинцеты, зонды, шпатели, экскаваторы, штопферы, гладилки, коронкосниматели, скеллеры, стоматологические зеркала, боры (в том числе с алмазным покрытием) для всех видов наконечников, эндодонтические инструменты, штифты, стоматологические диски, фрезы, разделительные металлические пластинки, матрицедержатели, ложки для снятия оттисков, инструменты для снятия зубных отложений, пародонтальные хирургические инструменты (кюретки, крючки разных модификаций и др.), инструменты для пломбирования каналов зуба (плагеры, спредеры), карпульные шприцы, различные виды щипцов и кусачек для ортодонтического кабинета, пылесосы, ультразвуковые наконечники и насадки к ним, наконечники, съемные гильзы микромотора к механическим наконечникам, канюли и аппаратура для снятия зубного налета;

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

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

Глава 11. Дезинфекция и стерилизация при работе с патогенным материалом в лабораториях

390. Дезинфекция и обеззараживание биологического агента подразумевает уничтожение патогенных возбудителей в потенциально инфицированном материале микроорганизмами 1-4 групп патогенности.

391. Работа с биологическими агентами проводится в специально оборудованных лабораториях, обеспечивающих режим работы и технику безопасности, исключающие возможность заражения персонала и утечку микробов за пределы лаборатории.

Глава 12. Требования к работе с микроорганизмами I и IV групп патогенности

392. Лаборатории ОЗ работают на основании разрешения Республиканской режимной комиссии, работающих с микроорганизмами I-IV групп патогенности.

393. Контроль за соблюдением режима биологической безопасности в организациях, работающих с микроорганизмами I-IV групп патогенности проводит Республиканская режимная комиссия.

394. Биологическая безопасность и защита в лабораториях обеспечивается соблюдением распорядка и правил работы в лаборатории, выполнением требований к лабораторным помещениям и их оснащению, обеспечением лабораторий соответствующим оборудованием, медицинским наблюдением за состоянием здоровья сотрудников, обучением персонала по оценке риска биобезопасности в лаборатории.

395. Лаборатория ОЗ должна работать согласно разработанному плану на случай чрезвычайных ситуаций (ЧС).

396. Работники лабораторий при работе обязаны использовать средства индивидуальной защиты согласно оценке рисков: перчатки (защита разного рода производственных опасностей), халат (лабораторные халаты должны иметь длинные рукава), шапочки, очки или лицевые щитки, комбинезоны/костюмы и закрытую обрабатываемую сменную обувь.

397. При разбрызгивании инфицированного материала обязательно использование пластикового фартука.

398. В лабораториях используются респираторы с тщательным подбором, согласно оценке риска воздействия, на органы дыхания. Используемые респираторы должны соответствовать выявленным рискам, которые снизят возможность контакта с патогеном (путем фильтрации инфекционных частиц) до уровня, необходимого для защиты здоровья.

399. Халат стирается по мере загрязнения, но не реже 2 раз в неделю. В случае загрязнения биологическим материалом обязательно предварительное замачивание в дезинфицирующем растворе согласно пункту 9 таблицы приложения 21 к настоящей Инструкции.

400. Перчатки необходимо одевать во время каждой процедуры. При работе с пациентами/донорами используются одноразовые нестерильные перчатки. Для обработки и мойки инструментов используют плотные технические перчатки и пластиковый фартук.

401. Щитки/очки после каждого использования протирают дезинфицирующим раствором, промывают проточной водой, высушивают.

402. Маску необходимо менять через каждые 2-4 часа работы.

403. Медперсонал обязан соблюдать гигиену рук.

§ 1. Режим уборки помещений и рабочего места

404. До начала работы проводится предварительная уборка. Пыль с горизонтальных поверхностей и оборудования, протирается полусинтетической ветошью, смоченной в моющем растворе.

405. По окончании работы персонал лаборатории, лаборант обязан провести дезинфекцию рабочего стола и бокса.

406. В конце рабочего дня ежедневно проводится заключительная влажная уборка: в "чистой" зоне лаборатории с применением моющих средств, в "заразной" зоне с применением моюще-дезинфицирующих средств (согласно главе 21 и пункту 7 таблицы приложения 21 к настоящей Инструкции).

407. В боксовых помещениях не менее 1 раза в неделю моют плоские поверхности (стены, полы, окна) моюще-дезинфицирующим средством.

408. После окончания работы и уборки, помещения облучают бактерицидными ультрафиолетовыми лампами в течение 30 мин.

409. Помещения лаборатории в течение рабочего дня можно обеззараживать бактерицидными ультрафиолетовыми лампами экранированного типа, доза облучения на рабочих местах лаборанта в течение 8 часов в день - должна быть 0,1 микроВатт/см² и ниже.

410. Дозы облучения на рабочее место лаборанта измеряются и устанавливаются радиометрическими измерениями.

411. Дезинфекцию различных объектов при работе с патогенными микроорганизмами проводят согласно приложению 21 к настоящей Инструкции, выбор объекта, способа дезинфекции и действующего вещества (ДВ) определяется выбранному объекту для обеззараживания.

412. В лаборатории дезинфицирующие средства должны быть в достаточном количестве. Вновь поступающие дезинфицирующие средства должны отвечать общим требованиям для всех дезинфицирующих средств согласно главе 21, параграфу 2 и приложениям 21-23 к настоящей Инструкции.

413. Использованные предметы и патогенный материал должны быть обеззаражены согласно пунктам 15-18 таблицы приложения 21 к настоящей Инструкции, концентрация рабочего раствора и время экспозиции в соответствии с рекомендациями производителя дезинфицирующих средств.

414. Методы и средства обеззараживания определяются в каждом отдельном случае в зависимости от вида микроорганизмов и характера обеззараживаемого материала.

415. По окончании работы с зараженным или подозрительным на зараженность материалом рабочую одежду снимают и обеззараживают на месте.

416. Использованные при лабораторных исследованиях предметные стекла, пипетки, шпатели погружают в емкость с дезинфицирующим раствором согласно пунктам 13, 16 таблицы приложения 21 к настоящей Инструкции, затем проводят предстерилизационную очистку (ПСО) и стерилизацию.

417. Для определения скорости оседания эритроцитов (ручным методом СОЭ) и общего анализа крови ОАК (гематологического исследования) необходимо использовать индивидуальные стерильные пакеты на каждого пациента содержащие (капилляры СОЭ - 2 штуки, марлевая салфетка - 2 штуки, предметное стекло - 2 штуки).

418. Блоки кювет-анализатора, кюветы измерительной аппаратуры, пластиковые пробирки и т.д. обеззараживают дезинфицирующими растворами согласно инструкции производителя и промываются проточной водой.

419. Одноразовый инструментарий (плашки, наконечники автоматических пипеток и т.д.) обеззараживают в автоклаве при 2,2 бар (132 °C) - 10 минут, после утилизируются согласно действующим нормативным документам по обращению с медицинскими отходами.

420. Поверхности рабочих столов обрабатывают дезинфицирующим раствором; помещения боксов обеззараживают с помощью бактерицидных ультрафиолетовых ламп и протирания оборудования, стен и столов. Открытые ультрафиолетовые бактерицидные облучатели включают

в отсутствие персонала. При необходимости кратковременного нахождения персонала в таком помещении следует пользоваться козырьками или защитными очками.

421. Биологический материал (клинический материал от пациентов: мокрота, оформленные фекалии, смешанные с мочой или водой, жидкие фекалии, рвотные массы, остатки пищи, моча, жидкость после ополаскивания зева пациента, культуры микроорганизмов) обеззараживается согласно приложению 21 к настоящей Инструкции.

422. Культуры микроорганизмов после работы подвергаются обеззараживанию. Отработанные чашки Петри и пробирки с посевами патогенных культур, культуральные флаконы с зараженными перевиваемыми тканевыми культурами собирают в посуду с крышками и автоклавируют согласно режиму, прописанному в действующих нормативных документах по обращению с медицинскими отходами. При выращивании патогенных микроорганизмов в бактериологических лабораториях термостаты и термостатные комнаты дезинфицируются не реже одного раза в неделю. При хранении в рефрижераторах заразного материала необходимо принять меры, предупреждающие инфицирование рефрижератора, оттаивание рефрижератора, предусмотренное правилами эксплуатации, необходимо совмещать с его дезинфекцией.

423. Трупы лабораторных животных подвергают обеззараживанию: трупы зараженных животных помещают в посуду с дезинфицирующим раствором и по окончании рабочего дня сжигают в специальных печах (крематориях) обеззараживаются в паровом стерилизаторе при 2,2 бар (132 °C) - 10 минут, после утилизируются согласно действующим нормативным документам по обращению с медицинскими отходами.

424. Инструменты и другие предметы после обеззараживания подлежат очистке в моющем растворе согласно приложению 25 к настоящей Инструкции. С предметных стекол, после проведения микроскопии фиксированным и окрашенным мазком клинического материала, удаляются остатки иммерсионного масла, стекла кипятят в мыльном растворе не менее 15 минут до полного отхождения краски, затем промываются под проточной водой, просушиваются на воздухе, протираются, упаковываются для последующей стерилизации.

425. После дезинфекции и предстерилизационной очистки лабораторный инструментарий подлежит стерилизации. Сухие изделия из стекла стерилизуют в упаковочной бумаге в воздушном стерилизаторе при 180 °C - 60 минут или при 160 °C - 150 мин. Изделия из коррозионностойкого металла, стекла, резины и др. стерилизуют в упаковочной бумаге в стерилизационных коробках в автоклаве под давлением 2,0 кгс/см² при 132±2 °C - 20 минут. Изделия из резины, латекса, полимерных материалов (полиэтилен высокой плотности, ПВХ-пластикаты) стерилизуют в упаковочной бумаге в стерилизационных коробках в автоклаве под давлением 1,1 кгс/см² при 120±2 °C - 45 минут.

426. Сбор медицинских отходов проводится согласно порядку обращения с медицинскими отходами.

427. Все отходы, собранные в помещениях лаборатории, в которых работали с заразным материалом, обеззараживают методом автоклавирования. Жидкие отходы спускаются в канализацию только после полного обеззараживания/дезинфекции.

428. При сборе медицинских отходов обязательно используют средства индивидуальной защиты.

429. Сбор медицинских отходов производят в емкости с вложенным полипропиленовым пакетом и/или эмалированные ведра с крышкой со знаком биологической опасности. Емкости, заполненные на 3/4 объема, транспортируют в пункт обеззараживания медицинских отходов.

430. Колюще-режущие предметы собирают отдельно в проколостойкие емкости. Запрещается надевание колпачков на использованные иглы и проведение других дополнительных манипуляций/деформаций. В случае необходимости отделения игл от шприцов - предусмотреть их безопасное отсечение при помощи специальных иглосъемников, иглоотсекателей или иглодеструкторов. Емкости закрывают и забирают при заполнении на 3/4 объема.

431. Неконтаминированные/неинфицированные отходы собирают в закрытые емкости для общих отходов с вложенным черным пакетом.

Глава 13. Чрезвычайные/аварийные ситуации и действия при их возникновении

§ 1. Общие положения

432. Чрезвычайный план действий должен предусматривать следующие стандартные операционные процедуры:

- 1) оценка риска биологической опасности;
- 2) преодоление последствий инцидента и деконтаминация;
- 3) эпидемиологическое расследование;
- 4) продолжение работы после аварийной ситуации.

433. При разработке такого плана следует рассмотреть возможность включения следующих позиций:

- 1) выявление микроорганизмов высокого риска;
- 2) определение зон высокого риска (лабораторий, мест хранения и содержания животных).

434. После всех видов аварийной ситуации следует зарегистрировать данный случай в журнале аварийных ситуаций, сообщить специалисту ИК и вышестоящему руководству для дальнейшего определения действий и получения постконтактной профилактики.

§ 2. Экстренные процедуры при аварийных ситуациях (порезы, проколы и т.д.)

435. Промыть поврежденный участок (рана) под струей проточной воды несколько минут, пока не остановится кровь.

436. Нельзя использовать сильнодействующие средства: спирт, отбеливающие жидкости и йод, так как они могут вызвать раздражение поврежденного участка и ухудшить состояние раны. Нельзя сдавливать или тереть поврежденное место.

437. Заклеить поврежденный участок лейкопластырем, надеть напальчник (в случае пореза).

438. Обеспечить введение иммуноглобулина против вирусного гепатита В.

§ 3. Высвобождение потенциально инфекционных аэрозолей (за пределы бокса биологической безопасности)

439. Все лица должны немедленно покинуть зараженную зону, средства индивидуальной защиты сбрасываются в медицинские отходы класса Б и обеззараживаются согласно порядку обращения с медицинскими отходами, принимается душ, сотрудник направляется на медицинское обследование. Следует сразу же проинформировать руководителя лаборатории и сотрудника, отвечающего за биобезопасность. Никто не должен входить в помещение в течение надлежащего периода времени, чтобы обеспечить вытяжку аэрозолей и осаждение более тяжелых частиц. Если лаборатория не имеет централизованной системы вытяжки воздуха, то вход в нее следует отложить (на 24 часа).

440. Следует установить знаки, запрещающие вход в лабораторию.

441. Через определенное время под наблюдением сотрудника, отвечающего за биобезопасность, следует приступить к деконтаминации. При проведении деконтаминации следует надеть защитную одежду и средства защиты органов дыхания.

442. Осторожно собрать биологические отходы в специально предназначенную и промаркированную емкость для инфицированных медицинских отходов с плотно закрывающейся крышкой, остро колющие/стеклянные осколки следует собирать пинцетом/щипцами.

443. Участок "пролива/розлива" тщательно протереть ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе, соблюдая концентрацию (%) и экспозицию (мин.), согласно инструкции производителя.

444. Удалить ветошь в ту же емкость/полипропиленовый пакет для инфицированных медицинских отходов.

445. Если для сбора разбившихся предметов использовались совки, их также следует замочить в дезинфицирующем средстве. Одноразовые средства индивидуальной защиты которые использовались для сбора, следует поместить в емкость/полипропиленовый пакет для инфицированных медицинских отходов. Вся процедура выполняется в технических перчатках.

446. Если произошла контаминация лабораторных бланков или других печатных, или письменных материалов, информацию следует переписать на другой бланк, а оригинал выбросить в емкость/полипропиленовый пакет для инфицированных медицинских отходов.

§ 4. Экстренные процедуры при аварийных ситуациях (при разбрызгивании крови или других биологических жидкостей)

447. При разбрызгивании крови или других биологических жидкостей на неповрежденные кожные покровы, немедленно промыть загрязненный участок водой с мылом.

448. При разбрызгивании крови или других биологических жидкостей на слизистые (глаз, носа) или поврежденные кожные покровы:

1) сразу промыть слизистые или поврежденные кожные покровы проточной водой или физиологическим раствором;

2) при использовании контактных линз, во время промывания не снимать контактные линзы, так как они создают защитный барьер;

3) после того, как промыли глаза, нужно снять контактные линзы и сбросить в емкость для медицинских отходов класса Б;

4) нельзя промывать глаза мылом и антисептическими растворами;

5) нельзя использовать сильнодействующие средства: спирт, отбеливающие жидкости и йод, так как они могут вызвать раздражение пораженной поверхности;

6) при попадании биологической жидкости на слизистую ротовой полости, немедленно выплюнуть жидкость;

7) тщательно прополоскать рот водой или физиологическим раствором и снова выплюнуть. Повторить полоскание несколько раз;

8) обеспечить введение иммуноглобулина против вируса гепатита В;

9) поставить в известность ответственное лицо, зарегистрировать данный случай в журнале аварийных ситуаций.

§ 5. Экстренные ситуации, произошедшие с лабораторным оборудованием

449. Повреждение пробирок с потенциально инфекционным материалом в центрифугах, не имеющих герметичных стаканов.

450. Если во время работы центрифуги, произошло или подозревается повреждение пробирок, центрифугу следует выключить и оставить закрытой (в течение 30 минут) для стабилизации и покинуть помещение. Если повреждение обнаружено после остановки центрифуги, крышку следует немедленно закрыть и оставить закрытой (приблизительно 30 минут). В обоих случаях следует проинформировать сотрудника, отвечающего за биобезопасность.

451. Для проведения всех последующих операций следует надеть прочные технические перчатки. Осколки стекла следует брать пинцетом/щипцами и сбросить в емкость для инфицированных медицинских отходов.

452. Центрифужные съемные стаканы следует поместить в емкость с дезинфицирующим средством согласно пункту 12 таблицы приложения 21 к настоящей Инструкции.

453. Поверхность крышки и внутренние части центрифуги, ее наружную поверхность дезинфицируют. Дезинфекция центрифуги проводится после отключения от электросети.

454. При проведении дезинфекции способом орошения в качестве средств индивидуальной защиты органов дыхания используются респираторы (N95/FFP2, FFP3).

455. После всех видов аварийной ситуации, поставить в известность ответственное лицо и зарегистрировать данный случай в журнале аварийных ситуаций.

Глава 14. Дезинфекционно-стерилизационный режим при работе с кровью

§ 1. Общие положения

456. Любые медицинские манипуляции, связанные с заготовкой крови, ее компонентов и препаратов, и/или манипуляции с возможным контактом с кровью.

457. Кровь, плазму, сыворотку и другие компоненты крови следует рассматривать как потенциально инфицированный материал.

§ 2. Мероприятия по защите здоровья медперсонала

458. Принятые вновь на работу сотрудники должны пройти первичный профилактический медицинский осмотр с исследованием крови на маркеры вирусных гепатитов В и С, ВИЧ, сифилис и флюорографию, далее - ежегодно 1 раз в год.

459. Принятые вновь на работу сотрудники должны пройти инструктаж о правилах техники инфекционной безопасности при работе с кровью.

460. Персонал, работающий с кровью, должен быть вакцинирован против гепатита В. Случаи отказа от вакцинации - оформлять документально.

461. В организациях здравоохранения, где проводится забор крови и исследование, должны проводиться плановые обучения персонала (не реже одного раза в 6 месяцев) по вопросам соблюдения правил безопасности при работе с кровью, с последующей аттестацией.

462. Медперсонал, работающий с кровью, обязательно должен использовать средства индивидуальной защиты: перчатки, халат, шапочки, сменную обувь. В отдельных случаях (мытьё, обработка, вероятность разбрызгивания и др.) - обязательное использование защитных очков или экрана (щитка), маски, пластикового фартука, перчаток. Использованная униформа снимается до выхода из рабочей зоны, помещается в специальный контейнер для последующей стирки в прачечной.

463. Медперсонал обязан соблюдать гигиену рук.

464. При аварийных ситуациях с кровью проводят мероприятия по локализации и ликвидации последствий аварии согласно алгоритму действий персонала ОЗ (приложение 29 к настоящей Инструкции) и алгоритму проведения постконтактной профилактики (приложение 30 к настоящей Инструкции).

§ 3. Дезинфекция при проливах крови в центрифугу

465. Крышку центрифуги можно открывать только через 30-40 минут после полной остановки центрифуги.

466. Надеть спецодежду, перчатки, устойчивые к проколам.

467. Вылить содержимое центрифужного стакана в дезинфицирующий раствор.

468. Погрузить поврежденный гемоконтейнер (разбитое стекло) в дезинфицирующий раствор.

469. Погрузить центрифужные стаканы в другую емкость с дезинфицирующим раствором, время выдержки во всех случаях - 60 минут.

470. Неповрежденные контейнеры с кровью обработать дезинфицирующим средством, согласно инструкции производителя и передать для продолжения дальнейших технологических операций.

471. Обработать поверхность крышки, внутренние части центрифуги и ее наружную поверхность дезинфицирующим средством, затем вымыть моющим раствором.

472. Проводить дезинфекцию центрифуги после отключения от электросети.

473. Выбор дезинфицирующих средств проводится согласно приложению 21 к настоящей Инструкции.

§ 4. Дезинфекция помещений заготовки крови (боксы, предбоксы, процедурные)

474. Ежедневно до начала работы с донорами в помещениях, где проводится процесс заготовки крови, ее компонентов и препаратов (боксы, предбоксы, процедурные) на 2 часа включаются бактерицидные ультрафиолетовые облучатели и регистрируются в специальном журнале.

475. В конце рабочего дня медперсонал, ответственный за уборку помещений, проводит проветривание помещений и влажную уборку с дезинфекцией стен, потолка, пола и мебели, с применением моюще-дезинфицирующего раствора, согласно главе 17 и пункту 7 таблицы приложения 21 к настоящей Инструкции. После окончания влажной уборки включают бактерицидный ультрафиолетовый облучатель на 2 часа (на время обработки покинуть помещение).

§ 5. Дезинфекция оборудования (центрифуги, холодильники, плазмозекстракторы, весы, разновесы, стойки для подвешивания гемоконтейнеров)

476. Ежедневно в конце рабочего дня протирают и моют дезинфицирующим средством.

477. Проводят обработку внутренней части холодильника моюще-дезинфицирующим средством (полки, где хранится кровь, компоненты и препараты).

478. Выбор дезинфицирующих средств проводится согласно главе 21 и пункту 23 таблицы приложения 21 к настоящей Инструкции.

§ 6. Дезинфекция лабораторной стеклянной посуды

479. Стеклянный инструментарий (пробирки, чашки Петри, пипетки для скорости оседания эритроцитов (СОЭ), предметные стекла) и металлический инструментарий (зажимы, ножницы, шпатели), бывшие в контакте с кровью, немедленно после использования и до чистки подлежат обеззараживанию согласно пунктам 12, 17 таблицы приложения 21 к настоящей Инструкции.

480. Блоки кювет-анализатора, кюветы измерительной аппаратуры и т.д. обеззараживаются, согласно инструкции производителя/согласно пункту 12 таблицы приложения 21 к настоящей Инструкции.

481. Предметные стекла с мазком крови после проведения микроскопии погружают в емкость с дезинфицирующим раствором согласно пункту 12 таблицы приложения 21 к настоящей Инструкции, затем проводят предстерилизационную очистку (ПСО) и стерилизацию.

482. Выбор дезинфицирующих средств проводят согласно приложению 21 к настоящей Инструкции.

483. Вакуумные пробирки/вакутайнеры для забора венозной крови от доноров/пациентов после проведения лабораторного тестирования помещаются в контейнер/емкость с маркировкой

"Опасные отходы" и транспортируются в пункт обеззараживания медицинских отходов согласно порядку обращения с медицинскими отходами.

§ 7. Обеззараживание "брака" крови

484. Кровь, компоненты крови с маркерами гемотрансмиссивных инфекций и/или с истекшим сроком годности относят к "браку" крови.

485. Выделение и отбор "бракованных" образцов крови и ее компонентов осуществляются заведующими отделений заготовки крови.

486. Забракованная кровь и ее компоненты регистрируются в специальном журнале, с указанием номера образца крови и характера брака.

487. Составляется акт о списании "брака" крови.

488. После снятия этикеток "брак" крови укладывается в упаковочную бумагу и помещается в контейнер/емкость с маркировкой "Опасные отходы". Передается в автоклав на обеззараживание.

489. Медицинские отходы удаляют согласно утвержденному порядку обращения с медицинскими отходами.

§ 8. Дезинфекция одежды персонала при загрязнении кровью

490. Обеззараживание спецодежды загрязненной кровью можно проводить одним из нижеприведенных способов.

491. Погружение в один из разрешенных дезинфицирующих средств с последующей стиркой.

492. Дезинфекция защитных очков или экрана-щитка: протереть одним из разрешенных дезинфицирующих средств с учетом, чтобы дезинфицирующее средство не испортило материал изготовления очков/щитков.

§ 9. Твердые осадки (остатки белковых фракций)

493. Твердые осадки (остатки белковых фракций) обеззараживают дезинфицирующим средством, согласно пункту 18 таблицы приложения 21 к настоящей Инструкции.

§ 10. Обеззараживание отработанного центрифугата

494. Если отработанный центрифугат не подвергается ректификации спирта, то он подвергается обработке дезинфицирующим средством, согласно инструкции производителя.

495. Выбор дезинфицирующих средств согласно приложению 21 к настоящей Инструкции.

§ 11. Стерилизация в производстве препаратов крови

496. Стерилизация производится согласно правилам, предусмотренным главой 22 настоящей Инструкции.

497. Флаконы, пробирки стерилизуют в 2-х слойных мешках из хлопчатобумажной ткани, помещенных в стерилизационные биксы в паровом стерилизаторе при режиме 132 °C +2,2 атм - 20 минут, или в сухожаровом шкафу при температуре 180 °C в течение 1 часа.

498. Стерилизующие фильтры стерилизуют в паровом стерилизаторе при 120 °C, 45 минут.

499. Алюминиевые колпачки стерилизуют в паровом стерилизаторе при 120 °C, 45 минут.

500. Вирусологическая безопасность препаратов крови: вирусологическая безопасность препаратов крови (альбумина) достигается путем пастеризации при температуре 58-60 °C в течение 10 часов.

501. Стерилизующая фильтрация обеспечивает стерильность выпускаемых растворов. При стерилизующей фильтрации используется комплекс специальных разрешенных к применению в Кыргызской Республике фильтров с величиной пор 0,8-0,45-0,22 нанометра.

Глава 15. Обработка, дезинфекция и стерилизация эндоскопического оборудования

§ 1. Общие положения

502. Внутренняя отделка, освещение, вентиляция, отопление и др. в эндоскопическом отделении должны соответствовать санитарно-эпидемиологическим требованиям и нормативам, предъявляемым к зданиям и помещениям ОЗ в Кыргызской Республике изложены в утвержденных нормативных правовых актах "Санитарно-эпидемиологических требованиях к лечебно-профилактическим организациям", "Об утверждении актов в области общественного здравоохранения".

503. При проведении нестерильных эндоскопических манипуляций, эндоскопическое отделение ОЗ обязательно должно иметь следующие помещения:

- 1) кабинет врача;
- 2) эндоскопические манипуляционные комнаты (бронхоскопия, исследования верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), цистоскопия, колоноскопия и т.д.);
- 3) моечно-дезинфекционное помещение;
- 4) вспомогательные помещения. Набор вспомогательных помещений определяется в соответствии с назначением и мощностью отделения.

504. Эндоскопы и его вспомогательные приспособления относятся к изделиям медицинского назначения, которые контактируют со слизистыми оболочками и/или проникают в стерильные ткани и полости организма.

505. Применяемые в настоящее время эндоскопы и его вспомогательные приспособления относятся к изделиям многократного применения и подлежат после каждого использования дезинфекции высокого уровня (ДВУ), стерилизации водяным паром под давлением (автоклавирование).

506. Вспомогательные приспособления эндоскопа, выпускаемые в стерильном виде с пометкой "только для однократного применения" используются однократно и после использования подлежат удалению.

507. При выборе дезинфицирующих средств для обеззараживания эндоскопов и его вспомогательных приспособлений следует использовать согласно пункту 4 таблицы приложения 21 к настоящей Инструкции.

508. При проведении очистки, дезинфекции и стерилизации эндоскопов и его вспомогательных приспособлений допускается применение оборудования (установки, моечные машины, контейнеры для ПСО, ДВУ и стерилизаторы) и материалов (одноразовые дезинфицирующие салфетки, упаковочные материалы и др.), которые разрешены к применению в Кыргызской Республике.

509. Одноразовые готовые дезинфицирующие салфетки из нетканого материала, применяемые для предварительной очистки.

510. На все этапы обработки эндоскопа применяется одноразовый стерильный шприц 150 мл, для принудительного заполнения каналов эндоскопа и/или помпы/промывочный насос для автоматической промывки каналов гибких эндоскопов.

511. Все вспомогательные приспособления к эндоскопам перед их использованием должны быть стерильными.

512. Рабочий раствор для этапа дезинфекции высокого уровня (ДВУ) готовится ежедневно согласно инструкции производителя дезинфицирующего средства и используется в течение одной рабочей смены. В течение одной рабочей смены необходимо проводить визуальный и тестовый (химический индикатор) контроль готового рабочего раствора. При отрицательном результате и

видимом загрязнении, (изменения цвета, помутнения и наличие органических веществ) рабочий раствор нужно заменить на новый. При замене рабочего дезинфицирующего раствора емкости тщательно промывают.

513. Обработка эндоскопов осуществляется в несколько этапов:

Проведение дезинфекции высокого уровня (ДВУ) ручным способом:

- 1) предварительная очистка;
- 2) тест на герметичность;
- 3) предстерилизационная очистка/предстерилизационная очистка, совмещенная с дезинфекцией;
- 4) ополаскивание эндоскопа от остатков моюще-дезинфицирующего средства;
- 5) сушка эндоскопа после ополаскивания;
- 6) дезинфекция высокого уровня (ДВУ) гибких эндоскопов;
- 7) химическая стерилизация жестких эндоскопов;
- 8) ополаскивание в стерильной дистиллированной воде;
- 9) сушка эндоскопа после ополаскивания в стерильной дистиллированной воде;
- 10) промывание 70% этиловым или изопропиловым спиртом;
- 11) продувка воздухом.

Проведение дезинфекции в моечно-дезинфицирующей машине (МДМ):

- 1) предварительная очистка;
- 2) тест на герметичность;
- 3) предстерилизационная очистка/предстерилизационная очистка, совмещенная с дезинфекцией;
- 4) ополаскивание эндоскопа от остатков моюще-дезинфицирующего средства;
- 5) сушка эндоскопа после ополаскивания;
- 6) дезинфекция высокого уровня (ДВУ) гибких эндоскопов в моечно-дезинфицирующей машине (МДМ);
- 7) ополаскивание;
- 8) сушка;
- 9) промывание 70% этиловым или изопропиловым спиртом;
- 10) продувка воздухом.

§ 2. Предварительная очистка

514. Предварительную очистку эндоскопа проводят в эндоскопической манипуляционной комнате ручным способом сразу же после окончания эндоскопической манипуляции, не допуская подсыхания биологических загрязнений на эндоскопах. Очистку гибких эндоскопов осуществляют до отключения от источника света и аспирационного насоса.

515. Для предварительной очистки эндоскопов и его вспомогательных приспособлений следует использовать дезинфицирующие средства согласно подпункту 2 пункта 1 таблицы приложения 21 к настоящей Инструкции.

516. Рабочую часть эндоскопа от блока управления к дистальному концу протирают одноразовой дезинфицирующей салфеткой удаляя видимые загрязнения. Использованную салфетку сбрасывают в контейнер для отходов класса Б.

517. Промывают моюще-дезинфицирующим раствором систему каналов биопсия-аспирация (БА). Дистальный конец эндоскопа погружается в емкость с 150-200 мл раствора моюще-дезинфицирующего средства, попеременно аспирируя раствор и воздух. Процедуру завершают аспирацией воздуха.

518. Систему каналов биопсия-аспирация (БА) промывают водой, опустив дистальный конец эндоскопа в емкость с водой на 10 секунд, процедуру завершают аспирацией воздуха. (Данный

пункт выполняется в том случае, если в ходе предварительной и предстерилизационной очистки используются различные средства для предотвращения проблем с их совместимостью).

519. После завершения предварительной очистки эндоскопа его отключают от осветителя, видеопроцессора, аспирационного насоса и снимают клапаны и присоединяют водонепроницаемую заглушку к коннектору эндоскопа.

520. Транспортируют эндоскоп в моечно-дезинфицирующее помещение в специальном контейнере с крышкой, которые предназначены для эндоскопов с учетом размера и устойчивости к дезинфицирующим средствам.

521. Жесткие эндоскопы перед очисткой разбирают на комплектующие детали.

§ 3. Тест на герметичность

522. Тест проводят в моечно-дезинфицирующем помещении для подтверждения герметичности и целостности рубашки эндоскопа до его погружения в химический раствор.

523. Первый тест: присоединяют течеискатель к эндоскопу и подают воздух для создания избыточного давления в аппарате.

524. При использовании ручного течеискателя избыточное давление создается при помощи груши, до уровня, указанного на манометре ("сухой тест"). Обязательно наблюдают за показаниями манометра в течение времени, указанного производителем эндоскопа.

525. При использовании тестера с автоматизированным определением утечки воздуха необходимо следовать инструкции производителя тестера/манометра.

526. О поступлении воздуха в эндоскоп судят по растяжению наружного покрытия. Уровень создаваемого давления не должен выходить за пределы значений, рекомендуемых производителем эндоскопа.

527. Второй тест: полностью погружают эндоскоп в воду. С помощью винтов блока управления изменяют угол изгиба вводимой трубки во всех направлениях. Наблюдают за поверхностью погруженного эндоскопа в течение времени, указанного производителем (тест на протечку в воде). Данный тест проводится самостоятельно или как второй этап после завершения "сухого теста".

528. О нарушении герметичности эндоскопа свидетельствует появление единичных в виде дорожки пузырьков воздуха. При обнаружении нарушения герметичности следует, не отключая тестер, действовать в соответствии с требованиями производителя. Рекомендуются проведение только сухого теста, после которого эндоскоп идет на этап предстерилизационной очистки.

529. Извлекают эндоскоп с течеискателем из воды, отключая подачу воздуха на тестер (сбросить давление при использовании ручного течеискателя), через несколько секунд отсоединяют тестер от устройства подачи воздуха, а затем от эндоскопа.

§ 4. Предстерилизационная очистка/предстерилизационная очистка, совмещенная с дезинфекцией

530. Проводят в моечно-дезинфицирующем помещении в двух моечных ваннах/специальных контейнерах с крышкой, вместимостью не менее 10 литров.

531. Полностью погружают эндоскоп и его съемные детали в раствор моющего или моечно-дезинфицирующего средства, принудительно заполнив все каналы через вспомогательные приспособления при помощи шприца или помпы/промывочного насоса.

532. Отсоединяют вспомогательные приспособления, оставив их в растворе. Клапанами сделать несколько рабочих движений в растворе для полного заполнения клапана раствором. О полном заполнении каналов свидетельствует прекращение выделения пузырьков воздуха из выходных отверстий эндоскопа.

533. Выдержать эндоскоп в растворе в течение времени, указанного в инструкции по применению используемого моюще-дезинфицирующего средства для предстерилизационной очистки/предстерилизационной очистки совмещенной с дезинфекцией.

534. После завершения экспозиции в дезинфицирующем растворе, внешнюю поверхность эндоскопа очищают от загрязнений чистой одноразовой салфеткой.

535. Очистку каналов проводят специальными мягкими одноразовыми щетками (соответствующие диаметру каналов) клапан и адаптер подачи воздуха/воды, аспирационный клапан, биопсийный клапан, торцевую часть вводимой трубки, механизм элеватора (для дуоденоскопа), гнезда клапанов, а также все доступные каналы в соответствии с рекомендациями производителя.

536. Продолжают обработку каналов до тех пор, пока на щетке не перестанут обнаруживаться видимые биологические загрязнения (не менее 3-проходов).

537. Присоединяют вспомогательные приспособления для обработки каналов, через которые промывают все каналы раствором средства с помощью шприца или помпы/промывочного насоса для удаления остатков биологических загрязнений.

538. Вытесняют раствор средства из каналов воздухом через вспомогательные приспособления с помощью шприца или помпы/промывочного насоса.

539. Вся процедура очистки проводится при полном погружении эндоскопа и съемных принадлежностей (клапаны) в раствор, чтобы избежать разбрызгивания контаминированной жидкости.

§ 5. Ополаскивание эндоскопа от остатков моющего/моюще-дезинфицирующего средства

540. Погружают эндоскоп в воду питьевого качества. При помощи душевой насадки тщательно ополаскивают внешние поверхности эндоскопа и принадлежности к нему. Для ополаскивания каждого эндоскопа используется новая порция водопроводной воды питьевого качества.

541. Ополаскивают водой каналы через вспомогательные приспособления при помощи шприца или помпы/промывочного насоса.

§ 6. Сушка эндоскопа после ополаскивания

542. Внешнюю поверхность эндоскопа высушивают чистыми салфетками. Воду из каналов удаляют продувкой или аспирацией воздуха через вспомогательные приспособления при помощи шприца или помпы/промывочного насоса. Сушка проводится для предотвращения разбавления дезинфицирующего средства для проведения ДВУ водой.

543. Проводят контроль качества очистки путем постановки: азопирамовой, фенолфталеиновой пробы. Качество очистки тестируют каждый десятый обрабатываемый эндоскоп, но не менее одного эндоскопа за смену.

§ 7. Дезинфекция высокого уровня гибких эндоскопов

544. Проводят в зоне дезинфекции высокого уровня (ДВУ) в моечно-дезинфицирующем помещении в двух моечных ваннах/контейнерах с крышкой, вместимостью не менее 10 литров.

545. Полностью погружают эндоскоп в раствор дезинфицирующего средства, заполнив каналы через вспомогательные приспособления при помощи шприца или помпы/промывочного насоса. При проведении процесса дезинфекции высокого уровня (ДВУ) используется помпа/промывочный насос, которая/ый устанавливается в зоне дезинфекции высокого уровня (ДВУ).

546. Вспомогательные приспособления отсоединяют, заполнив раствором дезинфицирующего средства через шприц и оставляют в растворе вместе с эндоскопом, шприц сбрасывают в емкость с потенциально инфицированными отходами (класс Б3).

547. Удаляют пузырьки воздуха с внешних поверхностей эндоскопа и вспомогательных приспособлений салфеткой. Клапанами делают несколько рабочих движений в растворе для заполнения внутренних полостей дезинфицирующим средством.

548. Длительность дезинфекционной выдержки (экспозиция) проводится согласно инструкции производителя дезинфицирующего средства. При использовании помпы/промывочного насоса раствор в течение времени дезинфекционной выдержки принудительно циркулирует по каналам. Контролировать режим применения раствора или готового к применению дезинфицирующего средства для дезинфекции высокого уровня (ДВУ): концентрация рабочего действующего вещества (ДВ) (для средств многократного применения) проводится химическими индикаторами (не реже одного раза в смену).

549. После завершения дезинфекционной выдержки выдувают раствор из каналов воздухом вручную при помощи вновь присоединенных вспомогательных приспособлений и стерильного шприца или при помощи помпы/промывочного насоса.

550. До начала следующего этапа очистки персонал снимает в зоне очистки халат или фартук, нарукавники, перчатки и переходит в зону дезинфекции высокого уровня (ДВУ) после проведения гигиенической обработки рук, надевает стерильные перчатки.

§ 8. ДВУ/Химическая стерилизация жестких эндоскопов

551. Жесткий эндоскоп после этапа предстерилизационной очистки (ПСО) подлежит химической стерилизации/стерилизации водяным паром под давлением или плазменной стерилизации.

552. Химическая стерилизация жестких эндоскопов выполняется согласно пункту 4 таблицы приложения 21 к настоящей Инструкции.

553. Стерилизация водяным паром под давлением (автоклавирование) или плазменная стерилизация проводится согласно инструкции и режимов стерилизации жестких эндоскопов.

§ 9. Ополаскивание эндоскопа после проведенной дезинфекции высокого уровня (ДВУ)/химической стерилизации

554. После окончания стерилизационной выдержки изделия извлекают из средства и отмывают, соблюдая правила асептики с использованием стерильных емкостей, стерильной дистиллированной воды, и стерильных инструментов (шприц), работу проводят в стерильных перчатках. Емкости, используемые для стерилизации и ополаскивания стерильных изделий от остатков средства, предварительно стерилизуют паровым методом/химическим методом.

555. Проздезинфицированный эндоскоп и инструменты к нему промывают стерильной дистиллированной водой при полном погружении в воду. Порядок ополаскивания прописан в инструкции на применяемое средство (кратность и длительность ополаскивания). Объем воды, используемый для ополаскивания каждого канала, должен быть не менее 90 мл.

556. Ополаскивают каналы эндоскопа через вспомогательные приспособления при помощи стерильного шприца, помпы/промывочного насоса, вытеснив воду воздухом. Отсоединяют вспомогательные приспособления от эндоскопа. Ополаскивают наружные поверхности эндоскопа, используя стерильные салфетки и/или душевую насадку. Тщательно ополаскивают стерильной дистиллированной водой вспомогательные приспособления.

557. Извлекают эндоскоп, клапаны и вспомогательные приспособления из воды и переносят на стерильную простыню (предварительно слить из них воду). Стерильными салфетками просушивают наружные поверхности эндоскопа, клапаны. Присоединяют вспомогательные приспособления и просушивают каналы продувкой воздухом или аспирацией через стерильную силиконовую трубку.

558. Промывают каналы эндоскопа 70% этиловым/изопропиловым спиртом и продувают их воздухом (количество используемого спирта должно соответствовать объему промываемых каналов определенной модели эндоскопа) не менее 50 мл.

559. Стерильная дистиллированная вода для ополаскивания используется однократно.

560. Цикл обработки эндоскопов ручным способом должен быть занесен в журнал.

§ 10. Проведение дезинфекции в моечно-дезинфицирующей машине (МДМ)

561. Обработка эндоскопов механизированным способом проводится согласно инструкции производителя моечно-дезинфицирующей машины (МДМ).

§ 11. Требования к транспортировке и хранению эндоскопов

562. В качестве упаковки эндоскопов используют одноразовые маркированные цветом (красный, зеленый) полиэтиленовые вкладыши, тканый и нетканый материал (стерильный для упаковки обработанных эндоскопов). При транспортировании эндоскопов по коридорам между помещениями должны использоваться специальные контейнеры с крышкой и при необходимости тележки.

563. Для предотвращения смешивания потоков чистых и грязных эндоскопов в моечно-дезинфицирующем отделении с выделенным персоналом необходимо предусмотреть различные варианты маркировки контейнеров.

564. Хранение обработанных эндоскопов между сменами осуществляют в разобранном виде, упакованными в стерильный материал или неупакованными в асептических условиях в специализированных (для хранения/хранения и сушки) шкафах, имеющих регистрационное удостоверение.

565. Шкафы для хранения эндоскопов должны в установленном порядке проходить техническое обслуживание и поверку согласно инструкции эксплуатации шкафа.

566. Срок хранения эндоскопов, упакованных в стерильные тканевые чехлы и помещенные в специальные шкафы, не должен превышать 72 часов. После истечения срока хранения эндоскоп подлежит ДВУ/стерилизации повторно. Условия и длительность хранения эндоскопов в модернизированных шкафах согласно инструкции производителя.

567. Съёмные детали эндоскопа хранятся в шкафу отдельно от эндоскопа.

568. Стерилизация жестких и гибких эндоскопов, а также инструментов к ним в пароформалиновых камерах и озоновых стерилизаторах запрещена.

569. Запрещается хранить эндоскоп и его вспомогательные приспособления в чемодане эндоскопа, который предназначен только для хранения нерабочего оборудования.

§ 12. Меры предосторожности при проведении очистки, дезинфекции и стерилизации эндоскопов и инструментов к ним

570. К работе допускается только специально обученный медперсонал, привитый против гепатита В.

571. К работе не допускаются лица с повышенной чувствительностью к химическим веществам и страдающие аллергическими заболеваниями.

572. После обработки эндоскопов, клапанов и его вспомогательных приспособлений помещение следует проветрить.

573. Емкости с рабочими дезинфицирующими растворами должны быть закрыты плотно прилегающими крышками. Емкости должны иметь четкие надписи с указанием названия средства, его концентрации, назначения, даты приготовления, предельного срока годности.

574. При случайном попадании средства в желудок необходимо дать выпить пострадавшему несколько стаканов воды с измельченным активированным углем. При появлении признаков раздражения верхних дыхательных путей, пострадавшего необходимо вывести на воздух, промыть

носоглотку, дать теплое питье. При необходимости следует обратиться за медицинской помощью к врачу.

575. Во время работы и после завершения работы необходимо провести уборку помещения согласно главе 17 настоящей Инструкции.

576. Запрещается прием пищи и курение на рабочем месте.

577. Нельзя помещать эндоскоп в паровой автоклав, если нет такого разрешения в инструкции.

578. Запрещается использовать дезинфицирующие средства, не имеющие разрешения для дезинфекции эндоскопов.

Глава 16. Требования по использованию акупунктурных игл

§ 1. Общие требования

579. Акупунктурные иглы - тончайшие металлические иглы (диаметром 0,2-0,3 мм, длиной 1-15 см), посредством которых осуществляется раздражение биологически активных точек, вводятся с помощью определенных приемов на различную глубину человеческих тканей с незначительным нарушением целостности кожных покровов. Акупунктурная игла состоит из ручки и стержня, которые должны быть изготовлены из цельного куска металлической проволоки, что предупреждает опасность отлома ручки от стержня при введении и удалении иглы из тканей человеческого тела.

580. При проведении процедур на каждого больного используется новый набор акупунктурных игл и стерильные одноразовые перчатки.

581. Акупунктурные иглы, вне зависимости от материала, из которого они изготовлены, используются однократно. Не допускается многократное (повторное) использование акупунктурных игл.

582. Медперсонал обязан соблюдать гигиену рук до и после проведения процедуры.

583. Кожа, в месте расположения акупунктурной точки, до и после манипуляции обрабатывается тампоном, смоченным в антисептике, разрешенном для этих целей в Кыргызской Республике согласно приложению 3 к настоящей Инструкции.

584. Использованные акупунктурные иглы сбрасывают в отдельную проколостойкую емкость с крышкой для инфицированных отходов.

585. Медицинские отходы удаляют согласно утвержденному порядку обращения с медицинскими отходами.

§ 2. Набор для иглорефлексотерапии

586. Для проведения иглорефлексотерапии формируется следующий набор:

- 1) стерильный лоток;
- 2) упаковка со стерильными акупунктурными иглами;
- 3) стерильные/одноразовые спиртовые салфетки;
- 4) стерильный пинцет в упаковке;
- 5) стерильные/нестерильные перчатки;
- 6) емкость для дезсредств;
- 7) емкость для медицинских отходов.

Глава 17. Общие требования к уборкам

§ 1. Общие требования

587. Во всех подразделениях медицинского учреждения должны быть письменные графики проведения уборки.

588. Уборку осуществляют с использованием специального уборочного инвентаря (тележка с контейнером, держатель для mopов, набор съемных mopов и др.), полусинтетической ветоши без ворса (вискоза, целлюлоза с эластаном, полиэстер и др.).

589. Уборочный инвентарь должен иметь маркировку и использоваться строго по назначению (с указанием помещений), которые должны храниться в отдельном проветриваемом помещении.

590. Мытье пола осуществляют с использованием специального уборочного инвентаря (тележка с контейнером, держатель для mopов и набор съемных mopов). Mop-швабра со сменными насадками для сухой или влажной уборки.

591. В каждом отделении должен иметься достаточный запас моющих и дезинфицирующих средств для проведения всех видов уборки.

592. Уборка должна начинаться с наименее загрязненного участка к наиболее загрязненному участку, а также сверху вниз.

593. Категорически запрещается подметание, вытирание полов и пыли всухую.

594. При проведении уборки/приготовлении рабочих/моечно-дезинфицирующих растворов персонал должен использовать индивидуальные средства защиты: спец форма, чепчик/косынку, закрытую обувь, перчатки хозяйственные. Маска, защитные очки - когда ожидается наличие брызг и разливание жидкости.

595. Дезинфицирующие средства при уборке подбираются для каждого предмета, помещения, ситуации и в соответствии устойчивости микроорганизмов и выбор осуществляется согласно приложениям 22, 23 к настоящей Инструкции.

596. Уборочный инвентарь после использования должен обеззараживаться соответствующим моюще-дезинфицирующим раствором методом протирания/орошения/замачивания с последующим ополаскиванием и высушиванием перед повторным использованием.

597. Санитарные узлы должны убираться ежедневно (не менее трех раз в день и по мере необходимости).

598. Виды уборок в ОЗ:

- 1) предварительная уборка - до начала работы, удаление пыли на горизонтальных поверхностях;
- 2) текущая уборка - проводится в течение рабочего дня;
- 3) заключительная уборка - проводится по окончании рабочего дня;
- 4) генеральная уборка - проводится 1 раз в семь дней.

§ 2. Уборка процедурного и перевязочного кабинетов

599. В начале рабочего дня/рабочей смены проводится предварительная уборка. При предварительной уборке все плоские горизонтальные поверхности протираются полусинтетической ветошью с использованием моюще-дезинфицирующих растворов.

600. Запрещается использование хлопчатобумажной ткани, так как активнодействующие вещества нейтрализуются и остаются на хлопчатобумажной (ХБ) ветоши, а не на поверхности.

601. В течение рабочего дня/рабочей смены проводится текущая уборка. При текущей уборке убирают с пола случайно упавшие шарики, салфетки и другие предметы. Пролитую жидкость вытирают ветошью смоченную в дезинфицирующем средстве.

602. После каждой медицинской процедуры манипуляционный, операционный/перевязочный стол протирается полусинтетической ветошью с использованием моюще-дезинфицирующих растворов.

603. При необходимости проводится влажная уборка пола, стен и дверей с применением дезинфицирующих средств.

604. В конце рабочего дня/рабочей смены проводится - заключительная уборка или независимо от того, проводилась ли в этот день операция или нет.
605. В первую очередь протираются дверные ручки, стулья и др. ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе. Раковины чистятся с использованием дезинфицирующих средств.
606. Мытье пола осуществляют с использованием специального уборочного инвентаря (тележка с контейнером, держатель для mopов и набор съемных mopов).
607. Помещения, требующие соблюдения особого режима чистоты (палаты недоношенных детей, инфекционные боксы, палаты отделения реанимации и палаты интенсивной терапии, операционный блок и др.), после заключительной уборки по необходимости периодически облучают бактерицидными ультрафиолетовыми лампами 30 минут.
608. Один раз в 7 дней, согласно составленному графику, проводится генеральная уборка.
609. При проведении генеральной уборки помещение максимально освобождается от мебели или отодвигается в центр помещения для обеспечения свободного доступа к обрабатываемым поверхностям и объектам.
610. Потолки и стены протирают ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором.
611. Окна моют чистой водой или специально разрешенным средством для очищения стекол.
612. Моют чистой водой пространство за отопительными батареями и внутри них.
613. Уборку завершают мытьем пола с применением моюще-дезинфицирующих растворов.
614. По окончании генеральной уборки персонал делает отметку о ее проведении в графике (журнале) проведения генеральных уборок.
615. Включают бактерицидные ультрафиолетовые лампы на 60 минут и делают отметку в журнале (о кварцевании). Бактерицидные ультрафиолетовые лампы протирают 70% этиловым спиртом.
616. Рекомендуются к использованию рециркулятора для очистки и обеззараживания воздуха.

§ 3. Уборка палат

617. Уборка палат проводится ежедневно (утром и вечером).
618. Текущая уборка палат проводится не менее 2-х раз в день и по мере необходимости.
619. В первую очередь протираются ветошью с использованием моюще-дезинфицирующих растворов дверные ручки, стулья, кровати, выключатели и др. Раковины чистятся с использованием дезинфицирующих чистящих средств.
620. В заключение моют пол с применением моюще-дезинфицирующих растворов.
621. Мытье пола осуществляют с использованием специального уборочного инвентаря (тележка с контейнером, держатель для mopов и набор съемных mopов).
622. После уборки необходимо провести проветривание помещения в течение 10-15 минут.
623. Генеральная уборка палатных отделений проводится по графику не реже 1 раза в 7 дней с обработкой стен, полов, оборудования, инвентаря, светильников.
624. Окна моют чистой водой или разрешенным специальным средством для очищения стекол.
625. Моют чистой водой пространство за отопительными батареями.
626. Чистят раковину, унитаз с использованием чистящих дезинфицирующих средств или содой, с последующим ополаскиванием чистой водой.
627. Уборку завершают мытьем пола с использованием дезинфицирующего раствора с последующим мытьем чистой водой.
628. Выбор моюще-дезинфицирующих растворов для проведения всех видов уборок осуществляется, согласно приложениям 22, 23 к настоящей Инструкции.

Глава 18. Контроль дезинфекции в ОЗ

629. Кроме плановых обследований, эпидемиологических показаний в организациях здравоохранения эпидемиологами, мониторинговых визитов специалистами ИК. Ежедневно на старших и по плану работы главных медицинских сестрах лежит большая ответственность - контроль проведенной дезинфекции и контроля качества рабочего раствора ДС. По контролю проведенной дезинфекции (проведения всех видов уборок) проводится один или несколько методов оценки контроля качества.

630. Контроль/оценка проведенной дезинфекции осуществляется следующими методами:

1) визуальный - когда медицинская сестра не только оценивает санитарное состояние объекта, но и оценивает своевременность и полноту проведения дезинфекционных мероприятий;

2) химический - с использованием индикаторных тест-полосок (остаточное количество дезинфицирующего средства);

3) инструментальный - с использованием флюоресцирующих гелей и штампов. Например, медицинская сестра проходит по отделению и видит важный объект. Достаточно пометить его специальным штампом. Далее после проведенной уборки, данное отмеченное место проверяется ультрафиолетом. Если метка осталась, значит, эта поверхность не была обработана при проведенной уборке;

4) АТФ люминометры - приборы, с помощью которых можно установить степень биологического загрязнения любой поверхности или помещения. Его действие построено на принципе биолюминесценции. Прибор позволяет показать остаточное количество протеинов на обрабатываемой поверхности и обеспечивает мониторинг биологических загрязнений;

5) бактериологический - для проведения бактериологического контроля используются смывы. О качественно проведенной дезинфекции в данном случае будет говорить отсутствие роста санитарно-показательной микрофлоры, т.е. бактерии группы кишечной палочки, синегнойной палочки, золотистого стафилококка.

Глава 19. Изоляционно-ограничительные мероприятия в организациях здравоохранения

§ 1. Общие положения

631. Изоляционно-ограничительные мероприятия - это комплекс мероприятий, целью которых является предупреждение передачи возбудителей инфекции от пациентов с потенциально заразными заболеваниями/состояниями другим пациентам, медицинским работникам и посетителям стационара. С целью предупреждения распространения инфекции.

632. Изоляционно-ограничительные мероприятия назначаются как в отношении одного пациента (индивидуальная изоляция), так и в отношении группы пациентов (когортная изоляция). Когортная изоляция применяется по отношению к группе пациентов, выделяющих один и тот же возбудитель, а также к группе пациентов, находящихся в контакте с носителем эпидемически опасных штаммов.

633. При применении когортной изоляции должны соблюдаться следующие условия - персонал, осуществляющий уход за изолированными пациентами не должен иметь контакта с другими пациентами.

634. Показания для проведения изоляционно-ограничительных мероприятий (наличие у пациента инфекции):

1) воздушный путь передачи - корь, туберкулез легких, гортани, ветряная оспа и др.;

2) капельный путь передачи - вирусный конъюнктивит (аденовирусная инфекция), менингококковая инфекция, грипп, легочная чума, ТОРС, краснуха, COVID-19 и др.;

3) контактный путь передачи - энтеровирусная инфекция, гепатит "А", кишечные инфекции, бактериальные инфекции, вызванные условно-патогенными бактериями, колонизация различных локусов организма пациента условно-патогенными бактериями с множественной

антибиотикорезистентностью, инфекции кожи, ожоговая или раневая инфекция (ИОХВ и др.), вирусный конъюнктивит (аденовирусная инфекция) и другие инфекции передающиеся контактным путем передачи.

§ 2. Характеристика путей передачи инфекций

635. Воздушный путь передачи: переносчиками возбудителей являются частицы размером 5 микрон или менее, передающиеся в виде капель или частиц пыли, содержащих микроорганизмы. Частицы передаются при кашле, чихании, разговоре или таких процедурах, как аспирация слизи или бронхоскопия. Частицы остаются в воздухе в течение нескольких часов и широко распространяются по комнате или на большие расстояния. Необходима специальная обработка воздуха и вентиляция для предупреждения воздушной передачи инфекции.

636. Капельный путь передачи: переносчиками возбудителей являются частицы размером 5 микрон или более, передающиеся по воздуху в виде капель, содержащих инфекционные микроорганизмы. Для возникновения инфекции необходим контакт со слизистой оболочкой носа, рта или конъюнктивы глаз. Частицы возникают, и передаются при кашле, чихании, разговоре или таких процедурах, как аспирация слизи или бронхоскопия. Находятся в воздухе недолго и могут переноситься лишь на расстояние около 1-1,5 метра.

637. К пациентам с острыми респираторными заболеваниями должны также применяться следующие дополнительные воздушно-капельные меры предосторожности:

- 1) изоляция в отдельную палату;
- 2) персонал должен надевать хирургическую 3-4х слойную маску или респиратор N95/FFP2/FFP3 (в случае наличия у пациента открытой формы туберкулеза и др. инфекций) перед входом в палату и снимать перед выходом;
- 3) маска или респиратор должны плотно прилегать к лицу;
- 4) дверь в палату должна быть постоянно закрыта.

638. Контактный путь передачи: возбудитель инфекции, передается непосредственно от инфицированного или колонизированного пациента другому пациенту, или опосредованно через контаминированные предметы (инструментарий, оборудование и приборы, окружающая среда пациента, дверная ручка, загрязненное постельное белье и др.), или через руки медицинского работника.

639. Изоляцию пациентов с хирургической инфекцией проводят в отдельной палате или в отделении гнойной хирургии.

640. Перевязки пациентов, имеющих гнойное отделяемое, проводят в отдельной перевязочной или, при ее отсутствии, после проведения чистых не имеющих гнойного отделяемого перевязок.

641. В отделении/палатах гнойной хирургии для проведения лечебно-диагностической работы размещают больных с хирургической инфекцией: хирургическим сепсисом; гнойными ранами мягких тканей с неклостридиальной анаэробной инфекцией; острыми гнойными хирургическими заболеваниями и обширными ранами мягких тканей, дефектами мягких тканей и костей; остеомиелитом; гнойными артритом; синдромом "длительного сдавления"; гнойно-некротической, нейропатической инфицированной формой "диабетической стопы", трофическими язвами; тяжелыми послеоперационными гнойными осложнениями.

642. Пациенты с подтвержденной инфекцией любой локализации, независимо от срока ее возникновения, вызванной метициллин (оксациллин) - резистентным золотистым стафилококком (MRSA), стрептококком группы "А", острым респираторным заболеванием и другими эпидемически опасными инфекциями, подлежат изоляции в отдельную палату, при этом: при входе в палату персонал надевает комплект СИЗ и снимает его при выходе; при входе в палату персонал надевает перчатки и снимает перед выходом; при входе и выходе из палаты персонал обрабатывает руки безводным (спиртовым) антисептиком; перевязка пациентов проводится в палате.

643. Медицинскому персоналу постоянно напоминает о необходимости соблюдения изоляционно-ограничительных мероприятий путем вывешивания таблички с наименованием возбудителя, который был выделен у пациента и предупреждением о необходимости соблюдения контактных мер предосторожности.

Глава 20. Использование средств индивидуальных защиты (СИЗ)

§ 1. Определение терминов и общая информация

644. Средства индивидуальной защиты (СИЗ) применяют в сочетании с изоляционно-ограничительными мерами, мерами административного и инженерного контроля. Показания к применению СИЗ определяются факторами обстановки, целевого контингента, риска воздействия, типа деятельности (медицинские манипуляции) и механизмами передачи возбудителя (контактным, воздушно-капельным или аэрозольным). Избыточное или неправильное использование СИЗ приводит к усугублению дефицита в снабжении ими и повышению риска инфицирования.

645. Средства индивидуальной защиты (СИЗ) - средства, используемые работником для предотвращения или уменьшения воздействия вредных и опасных факторов, а также для защиты от инфицирования и загрязнения.

646. В рамках профилактики инфицирования, всех инфекций, используются СИЗ, включающие в себя средства для защиты органов дыхания, глаз, тела и рук.

647. СИЗ органов дыхания (фильтрующее) - средство индивидуальной защиты органов дыхания, обеспечивающее очистку воздуха (от капель и частиц), вдыхаемого пользователем из окружающей среды. Используются фильтрующие респираторы и четырехслойные, одноразовые медицинские маски.

648. Респиратор - устройство, обеспечивающее защиту от вдыхания микроорганизмов, биологических и химических загрязнений. В отличие от масок, респираторы плотно прилегают к лицу, что обеспечивает максимально возможную герметичность. При контакте с подтвержденным/подозреваемым случаем рекомендуется использовать респираторы 2-3 класса защиты (FFP2 или FFP3 или N95). Респиратор FFP3 должен использоваться всегда при проведении процедур, при которых генерируется инфекционная аэрозоль.

649. Медицинская хирургическая, 3-4 слойная маска одноразовое медицинское изделие, обеспечивающее барьер для передачи инфекционных частиц от носителя маски к другим людям. Маски защищают лицо носителя от крупных капель, и окружающих за счет фильтрующего слоя, который располагается между двумя внешними слоями и дополнительного слоя, абсорбирующего влагу, а также гибкой алюминиевой вставки, обеспечивающей прилегание маски по форме носа. Маска медицинская трех/четырёхслойная используется 2-4 часа, после чего меняется на новую.

650. СИЗ защиты слизистых лица - защитные щитки или очки для предотвращения попадания вируса на слизистые.

§ 2. Правила использования медицинских масок

651. При выборе медицинской маски рекомендуется руководствоваться приложением 37 к настоящей Инструкции.

652. Медицинскую хирургическую трех/четырёхслойную маску используют однократно в течение 2-4 часов.

653. Надевать маску следует так, чтобы она закрывала рот, нос и подбородок.

654. При наличии вшитого крепления в области носа, его следует плотно пригнать по спинке носа.

655. Специальные складки на маске необходимо развернуть, придав маске более функциональную форму.

656. При использовании маски необходимо избегать прикосновений к ней руками.

657. Прикоснувшись к маске, необходимо вымыть руки или обработать кожным антисептиком.

658. Если маска стала влажной, ее следует заменить на чистую и сухую.

659. В случае попадания на маску крови или другой биологической жидкости, нужно заменить маску на другую.

660. Использованные маски сбрасывают в медицинские отходы класса БЗ.

§ 3. Правила использования респиратора

661. Респираторы должны храниться с соблюдением рекомендованной производителем температуры и влажности воздуха.

662. Перед использованием необходимо тщательно изучить инструкцию производителя по эксплуатации данного вида респиратора.

663. При закупе респираторов, руководители ОЗ должны провести Фит-тест.

664. Перед применением респиратор должен быть проверен визуально на целостность, чтобы убедиться, что он находится в хорошем состоянии без порчи, разрывов или износа, которые могут повлиять на защитные свойства.

665. Пользователь мужского пола должен быть тщательно выбрит, чтобы борода, усы или бакенбарды не нарушали герметичность прилегания респиратора к лицу, или должен использовать респиратор типа PAPR.

666. Перед применением респиратор должен быть проверен на герметичность (тест на плотность прилегания) при надевании.

667. Респиратор следует надевать вместе с другими СИЗ перед входением в помещение, где присутствуют опасные биологические факторы.

668. В случае намокания, повреждения или смещения (по любой причине) респиратора во время эксплуатации, его необходимо заменить.

669. Во время использования респиратора следует избегать прикосновений фильтрующей поверхности респиратора и поправлять его во время работы.

670. После использования респираторы однократного применения сбрасываются в медицинские отходы класса БЗ.

671. Срок эксплуатации респиратора, порядок утилизации определяются производителем и проводятся в строгом соответствии с инструкцией по использованию конкретной модели респиратора.

672. Некоторые виды респираторов имеют клапан выдоха для облегчения дыхания в респираторе и снижения увлажнения респиратора во время работы. Следует помнить, что выдыхаемый воздух, проходя через такой клапан, не очищается и поэтому в респираторах данной конструкции нельзя работать, если требуются асептические условия.

673. В случае использования респираторов со стационарным корпусом из твердых материалов и сменным фильтром, необходимо предусмотреть разработку внутреннего СОП по использованию таких респираторов и смене фильтра-патрона в соответствии с инструкцией производителя и приложения 38 к настоящей Инструкции.

§ 4. Правила использования перчаток

674. Перед началом работы необходимо определить требуемый размер и тип перчаток в зависимости от оказываемых услуг в соответствии с приложениями 39, 40 к настоящей Инструкции.

675. Одноразовые перчатки запрещается использовать повторно.

676. Одноразовые стерильные и нестерильные смотровые перчатки меняются перед каждым пациентом и медицинской процедурой.

677. Не допускается использование одной и той же пары перчаток при оказании услуг разным пациентам. Один пациент - одна пара перчаток. Важно: при заборе материала медицинский работник должен менять перчатки перед каждым пациентом. Не допускается между пациентами обрабатывать перчатки на руках и в них же проводить процедуру следующему пациенту.

678. При необходимости проведения нескольких медицинских манипуляций одному и тому же пациенту (например, забор крови, постановка мочевого катетера и др.), необходимо менять перчатки.

679. Перед надеванием стерильных и/или нестерильных перчаток проводится гигиеническая обработка или хирургическая обработка рук соответственно. Важно: необходимо обработать руки антисептиком и дождаться высыхания, одевать перчатки только на сухие руки.

680. Необходимо своевременно менять перчатки при обнаружении повреждения или дефекта (менять надо всегда обе перчатки, даже если повредилась только одна), если появилась липкость или "перчаточный сок". В процессе смены перчаток обязательна обработка рук спиртовым антисептиком.

681. После снятия перчаток обязательно проводится гигиеническая обработка кожи рук спиртовым антисептиком.

682. После использования одноразовые перчатки сбрасывают в медицинские отходы класса БЗ.

§ 5. Правила использования защитных очков/щитков

683. Очки закрытые, панорамные или герметичные: плотно прилегают к лицу, исключая вероятность попадания вируса на слизистые и кожу вокруг глаз.

684. Щиток закрывает не только глаза, но и большую часть лица: уменьшается возможность попасть вирусам на кожу. Щиток не плотно прилегает к коже, но обеспечивает больший кругозор, чем очки. Под щиток удобно надевать очки для коррекции зрения. При надевании щитка с комбинезоном, щиток надевается на капюшон комбинезона, так как конструкция щитка не позволяет его одевать под капюшон.

685. Перед употреблением защитные очки/щитки должны осматриваться на отсутствие царапин, трещин и других дефектов, при обнаружении их следует заменить.

686. Во избежание запотевания стекол при использовании очков для продолжительной работы внутреннюю поверхность стекол следует обработать специальной ПА-смазкой (или мази для подводных масок, или ватным тампоном смазать зубной пастой/мылом/шампунем/кремом для бритья и после высыхания остатки удалить мягкой тряпочкой, убедившись в отсутствии разводов и мутных пятен).

687. Для плотного прилегания следует использовать очки/щитки соответствующего размера и/или с регулируемыми дужками/ремнями (согласно приложениям 41, 42 к настоящей Инструкции).

688. Защитные очки/щитки многократного использования протираются спиртом (не менее 70%) или замачиваются в дезинфектанте с последующим мытьем. Мыть следует теплым мыльным раствором (без использования щеток или губок), затем прополоскать и высушить мягкой тканью.

§ 6. Использование СИЗ кожных покровов тела

689. В зависимости от условий, оценки риска и вида деятельности персонала, рекомендуется использовать одноразовый медицинский халат или одноразовый защитный комбинезон согласно приложениям 43, 44 к настоящей Инструкции.

690. Перед использованием необходимо подобрать соответствующий размер и проверить его целостность (согласно тех. спецификации по СИЗ).

691. Обеззараживание и уничтожение использованных СИЗ осуществляется в соответствии с требованиями порядка обращения с медицинскими отходами, согласно действующим нормативным правовым актам и утвержденному порядку обращения с медицинскими отходами.

Глава 21. Дезинфекционные мероприятия и выбор дезинфицирующих средств

§ 1. Дезинфекция

692. Дезинфекция включает работы по обеззараживанию помещений, оборудования, изделий медицинского назначения, мебели, посуды, белья, предметов ухода за больными, остатков пищи, выделений, посуды из-под выделений, постельных принадлежностей и других объектов больничной среды.

693. Все изделия медицинского назначения после использования необходимо обеззараживать, независимо от того, подлежат они последующей стерилизации или нет.

694. Обеззараживание следует проводить: погружением в дезинфицирующий раствор изделий медицинского назначения, посуды, белья, предметов ухода за больными и т.д.; орошением дезинфицирующим раствором поверхностей помещений, оборудования и мебели; протиранием ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе, поверхностей мебели, оборудования, изделий медицинского назначения, предметов ухода за больными; обработкой аэрозолями (с помощью распылителей) направленным нанесением на поверхности или объемным методом для герметичных помещений; обработкой дезинфицирующими средствами в форме порошков, гранул или их концентрированными растворами выделений, остатков пищи, трупов, биологических отходов; обработкой паровоздушной смесью, паром, горячим воздухом в камерах: одежды, постельных принадлежностей, обуви и т.д.; облучением ультрафиолетовыми лучами воздуха и поверхностей.

695. Дезинфекция осуществляется согласно приложениям 21-23 к настоящей Инструкции.

696. После дезинфекции изделия многократного применения тщательно промываются проточной водой и отправляются на предстерилизационную очистку согласно приложению 25 к настоящей Инструкции.

697. Меры предосторожности при работе с дезинфицирующими препаратами:

1) соблюдать меры предосторожности при работе с дезинфицирующими препаратами (фасовка сухого препарата, приготовление рабочих растворов, проведение дезинфекции) обязательно;

2) работы выполняются в халате, резиновых технических перчатках, защитных очках/щитке/экране, фартуке. Использовать технические перчатки. Органы дыхания защищать медицинскими 3-4 слойными одноразовыми масками или респираторами N95, FFP2, FFP3;

3) после работы лицо и руки тщательно моют водой с мылом;

4) при попадании на незащищенную кожу дезинфицирующих средств следует немедленно тщательно промыть пораженное место чистой водой;

5) при отравлении через дыхательные пути немедленно вывести пострадавшего из помещения на свежий воздух или обеспечить приток свежего воздуха. Необходимо прополоскать рот и носоглотку водой;

6) при попадании любого препарата в глаза немедленно промыть их струей воды в течение нескольких минут;

7) дополнительно инструктировать мерами предосторожности, прописанными в инструкции используемого дезинфицирующего средства.

§ 2. Дезинфицирующие средства

698. Дезинфицирующие средства, используемые в медицинских учреждениях должны иметь сертификат в соответствии с ISO 9001 и ISO 13485.

699. Основными критериями выбора дезинфицирующих средств (ДС) для обработки различных объектов, в том числе изделий медицинского назначения, являются:

1) спектр антимикробной активности ДС;

- 2) время дезинфекционной выдержки ДС (экспозиция);
- 3) безопасность применения средства в рекомендованных режимах для медицинского персонала и пациентов;
- 4) отсутствие (или низкая способность) у средства фиксировать органические загрязнения (кровь, мокрота, слюна и др.) на поверхности и в каналах изделий;
- 5) наличие у средства моющих свойств, позволяющих совмещать дезинфекцию с предстерилизационной очисткой (при необходимости) или сочетать в одном этапе обработки дезинфекцию и мойку;
- 6) стабильность средства и его рабочих растворов при хранении;
- 7) концентрация расчёта действующего вещества (ДВ) рекомендованная производителем ДС, осуществляется согласно приложению 24 к настоящей Инструкции;
- 8) растворимость в воде;
- 9) экологическая безопасность;
- 10) чувствительность к средству микрофлоры в медицинской организации по результатам мониторинга устойчивости;
- 11) эпидемиологическая ситуация в ОЗ;
- 12) тип (профиль) медицинской организации;
- 13) для композиционных средств - соотношение (по процентному содержанию) различных ДВ в составе средства;
- 14) характеристика объектов (материал, конструктивные особенности и пр.) обрабатываемых средством;
- 15) способ обработки объекта (ручной, механизированный с использованием специального оборудования и т.п.).

§ 3. Выбор дезинфицирующих средств (ДС) в ОЗ различного профиля

700. В специализированных медицинских организациях (отделениях) инфекционного, туберкулезного, кожно-венерологического профиля используются средства, обладающие:

- туберкулоцидным действием с указанием в инструкции по применению средства, что они тестированы на *Mycobacterium terrae*;
- фунгицидным действием в отношении грибов рода *Trichophyton*;
- бактерицидным, вирулицидным, фунгицидным действием (в соответствии со спецификой работы подразделения).

701. Для использования в отделениях разного профиля, необходимо предусмотреть применение ДС, относящихся к различным группам химических соединений и выбирать те из них, которые обеспечат максимальную эффективность дезинфекции.

702. В помещениях (операционные, процедурные, перевязочные, манипуляционные и др.), где поверхности в помещениях могут быть загрязнены кровью или др. биологической жидкостью, для проведения различных видов уборок и дезинфекции применяют средства по режимам, эффективным в отношении вирусов.

703. В присутствии пациентов не проводят обработку даже небольших по площади поверхностей аэрозолями ДС.

704. При выборе средств для ДВУ допускается использовать только те средства, которые обладают спороцидным действием. К таким средствам относятся:

- 1) альдегидсодержащие средства;
- 2) кислородоактивные средства.

705. ДС на основе производных гуанидина, четвертичные аммониевые соединения (ЧАС), алкиламинов, спиртов и фенолов, а также ДС на основе различных комбинаций этих

дезинфицирующих веществ (ДВ), не обладают спороцидным действием и не могут использоваться для химической стерилизации изделий медицинского назначения.

706. Для дезинфекции выделений человека (фекалии, моча, мокрота, рвотные массы, кровь и др.), остатков пищи, смывных вод, посуды из-под выделений, контейнеров для сбора медицинских отходов целесообразно использовать ДС, содержащие в качестве ДВ неорганические соединения хлора.

707. Неорганические соединения хлора обладают способностью гомогенизировать органические вещества с экзотермической реакцией, что способствует более эффективному проникновению хлора в глубь субстрата и контакту с микроорганизмами.

708. Выбор ДВ в ДС в зависимости от обрабатываемой поверхности и изделий медицинского назначения следует руководствоваться приложениями 21-23 к настоящей Инструкции.

709. В каждом ОЗ независимо от профиля, должно быть несколько вариантов ДС с химическими индикаторами для контроля рабочего раствора ДС, чтобы правильно организовать и проводить дезинфекционно-стерилизационные мероприятия.

Глава 22. Организация работы централизованного стерилизационного отделения и кабинета

§ 1. Общее положение по организации работы ЦСО/СК

710. Централизованное стерилизационное отделение (ЦСО) представляет собой комплекс взаимосвязанных помещений со специальным оборудованием, где осуществляется стерилизация операционного белья и перевязочных материалов, медицинского инструментария.

711. Функции ЦСО:

1) прием и хранение до обработки использованных в отделениях медицинского учреждения нестерильных изделий, прием и хранение до стерилизации подготовленных к стерилизации материалов перевязочных и лигатурных шовных материалов, белья, лабораторной посуды и принадлежностей (далее - изделия и материалы);

2) разборка, бракераж, учет и замена битых и неисправных изделий;

3) предстерилизационная очистка (мытьё, полоскание, сушка и пр.) изделий медицинского назначения;

4) комплектование, упаковка, укладка в стерилизационные коробки или упаковка изделий многоразового или одноразового применения для стерилизации;

5) стерилизация изделий медицинского назначения и материалов;

6) контроль качества предстерилизационной очистки и стерилизации изделий медицинского назначения и регистрацию результатов контроля;

7) ведение документации и строгий учет приема и выдачи изделий с указанием номенклатуры и количества, а также их остатков в отделении;

8) выдача стерильных изделий отделениям медицинского учреждения;

9) визуальный контроль хирургического инструментария на наличие ржавчины, деформации и т.д. проводится сотрудниками ЦСО/СК и старшими медицинскими сестрами отделений;

10) в случае обнаружения вышедшего из строя инструментария (ржавчины, деформации и т.д.) проводится акт списания;

11) проведение инструктажа медперсонала отделений о правилах дезинфекции инструментов, комплектации и укладки изделий.

712. ЦСО следует предусматривать: в амбулаторно-поликлинических организациях мощностью 250 и более посещений в смену; в стационарах общей мощностью свыше 50 коек.

713. Стерилизационные кабинеты (СК) следует предусматривать: в амбулаторно-поликлинических организациях мощностью до 250 посещений в смену; в стационарах общей мощностью менее 50 коек.

714. Размещение, набор и площадь помещений ЦСО в зависимости от мощности учреждения должны соответствовать требованиям действующим утвержденным Санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам "Санитарно-эпидемиологические требования к лечебно-профилактическим организациям".

715. Расположение помещений должно исключать возможность пересечения грязных и чистых технологических процессов. Все помещения ЦСО/СК должны быть разделены на 3 зоны и различные складские помещения:

1) "грязная" зона - это помещения, в которых находится использованный инструментарий и материалы (комната для приема материала в контейнерах из отделений, моечная, помещение для транспортных тележек). "Грязная" зона сообщается с "чистой" через закрывающееся передаточное окно (для передачи инструментов, прошедших предстерилизационную очистку и сушку);

2) "чистая" зона - это помещения, расположенные за моечной, где находятся инструменты и материалы уже чистые, но еще не стерильные. К этим помещениям относятся: комнаты упаковки и подготовки к стерилизации инструментов, подготовки и упаковки текстиля, изготовления перевязочных материалов и автоклавная, а также комната для персонала, одетого в спецодежду (халаты, головные уборы, сменная обувь);

3) "стерильная" зона - это помещение для хранения простерилизованного материала. Стерильная зона отделена от "чистой" зоны проходными стерилизаторами или посредством закрывающегося передаточного окна (для передачи биксов/стерилизационных коробок, прошедших весь этап стерилизации). Это помещение особой чистоты (экспедиционная), куда входит ограниченный персонал через санпропускник, с последующим надеванием - стерильной униформы (халат, чепчик и одноразовые маски).

716. Предусматриваются также служебные помещения, изолированные от функциональных. Это коридоры, комната персонала, гардероб для верхней одежды и санузел общего пользования и др.

717. Дезинфекция изделий медицинского назначения, предстерилизационная очистка и стерилизация, их контроль и эффективность проводятся в соответствии с главой 22 настоящей Инструкции.

718. При поступлении на работу и в последующем, не реже одного раза в год, каждый из сотрудников ЦСО/СК должен проходить инструктаж по соблюдению санитарно-гигиенических и противоэпидемических норм и правил техники безопасности.

719. В комнатах для персонала должны храниться технические паспорта, журналы учета результатов технического освидетельствования используемого оборудования.

720. В ЦСО/СК должны быть в наличии аптечки для оказания первой доврачебной медицинской помощи в случаях поражения электрическим током и при термических ожогах.

721. Лица, работающие с аппаратами под давлением (паровые стерилизаторы), должны проходить соответствующее обучение каждые 3 года и иметь удостоверение о допуске к работе на указанных аппаратах.

722. Стерилизаторы с использованием физических или комбинированных методов стерилизации должны проходить техническое освидетельствование при вводе в эксплуатацию, после ремонта, получения неудовлетворительных результатов контроля качества стерилизации, а также периодически с кратностью, установленной заводом изготовителем.

§ 2. Организация работы в производственных помещениях ЦСО/СК

723. Должна соблюдаться поточность системы обслуживания: поток ограничен только сотрудниками, имеющими на это разрешение; персонал носит хирургические костюмы, в том числе шапочки, фартуки, закрытую сменную обувь; доступ разрешен только для сотрудников ЦСО.

724. Уборка всех помещений производится 2 раза в день (предварительная и заключительная уборка) с применением моюще-дезинфицирующих средств, один раз в неделю проводится генеральная уборка с применением моюще-дезинфицирующих средств с

последующим облучением в течение 60 минут (из расчета мощности БУФ лампы). В стерильной зоне БУФ лампы должны быть включены постоянно (эксплуатация согласно инструкции производителя).

725. При работе персонал использует средства индивидуальной защиты: хозяйственные перчатки, халат, шапочка, сменная обувь, фартук. Халат и шапочка стирается по мере загрязнения, но не реже 2 раз в неделю. Использованные перчатки подлежат дезинфекции. Фартуки протирают или замачивают в моюще-дезинфицирующем растворе по окончании работы. При очистке и мытье изделий медицинского назначения используют лицевой щиток/защитный экран: после использования протирают моюще-дезинфицирующим раствором.

726. При работе медперсонал соблюдает гигиену рук.

727. Транспортировка изделий и материалов из отделений в ЦСО должна проводиться с соблюдением мер по их защите от возможного загрязнения. Для транспортировки изделий и материалов должны быть использованы специальные транспортные тележки или другие приспособления, подлежащие дезинфекции после доставки упаковок с нестерильными изделиями. Доставка должна осуществляться в стерилизационных коробках/биксах с соответствующей маркировкой упаковки.

728. В приемной осуществляют проверку стерилизационных коробок/биксов с инструментами, упаковку изделий медицинского назначения (операционное белье, перевязочный материал и др.) и их регистрацию. Все изделия медицинского назначения до поступления в ЦСО/СК должны быть обеззаражены на местах (в клинических отделениях). В ЦСО/СК доставляют только обеззараженный материал. Белье должно приниматься в чистом, высушенном и упакованном для стерилизации виде. Перевязочный и другие виды расходных материалов, поступающие из отделений, должны быть в подготовленном виде для стерилизации. Прием изделий и материалов для стерилизации должен производиться по графику, составленному с учетом режима работы основных структурных подразделений. Хранение принимаемых из отделений изделий медицинского назначения проводится в приемной на стеллажах или на столах с отдельно выделенными и промаркированными полками по числу отделений. Стеллажи должны иметь влагостойкое покрытие, допускающее проведение влажной уборки и обеззараживания дезинфицирующими средствами. Влажная уборка и дезинфекция стеллажей производится ежедневно после их освобождения.

729. Все поступающие изделия медицинского назначения подлежат предстерилизационной очистке (ПСО).

730. Предстерилизационная очистка (ПСО) - второй этап обработки медицинских инструментов. Она проводится после дезинфекции и отмывки инструмента от дезинфицирующего средства.

731. Предстерилизационная очистка проводится с целью удаления белковых, жировых и механических загрязнений, а также лекарственных препаратов. Тщательная очистка позволяет удалить большинство микроорганизмов с поверхности обрабатываемых предметов.

732. При ПСО все съемные изделия обрабатываются в разобранном виде.

733. ПСО должны подвергаться все изделия, подлежащие стерилизации.

734. Для ПСО используют средства/растворы, предназначенные только для ПСО или средства/растворы для дезинфекции + ПСО, согласно пункту 3 таблицы приложений 21-23 к настоящей Инструкции.

735. ПСО должна осуществляться ручным или механизированным способом (с помощью специального оборудования).

736. Механизированная предстерилизационная очистка должна производиться струйным, ротационным методами, ершеванием или с применением ультразвука с использованием поверхностно-активных веществ и других добавок. Методика проведения механизированной очистки должна соответствовать инструкции по эксплуатации, прилагаемой к оборудованию.

737. Ершевание резиновых изделий не допускается.

738. ПСО инструментов и оборудования ручным способом осуществляется в последовательности согласно приложению 25 к настоящей Инструкции и включает следующие основные этапы: сортировка, замачивание, мытье, полоскание, высушивание.

739. Раствор/средство для ПСО допускается хранить и использовать повторно (если цвет раствора в процессе применения не изменился) если это указано в инструкции производителя данного раствора.

740. Инструменты и другие предметы моют в моющем растворе ниже поверхности воды с использованием щеток полностью удаляя остатки биологического загрязнения и другого инородного материала. Разбирают инструменты и другие предметы, состоящие из составных частей, и очищают канавки, зубья и стыки при помощи щетки.

741. Чистой проточной водой тщательно промывают инструменты и другие предметы, затем ополаскивают в дистиллированной воде.

742. Высушивание инструментов до полного исчезновения влаги.

743. Инструменты и другие предметы высушивают горячим воздухом в сушильном шкафу при температуре +80 - +90 °С в течение 15-30 минут.

744. Качество предстерилизационной очистки изделий оценивают: на наличие крови путем постановки амидопириновой пробы; на наличие остаточного количества щелочных компонентов моющего средства - фенолфталеиновой пробы; на наличие крови, хлорсодержащих окислителей, ржавчины, кислот и пероксидаз растительного происхождения - азопирамовой пробы.

745. Амидопириновая проба: смешивают равные части (по 2-3 мл) 5% спиртового раствора амидопирина, 30% раствора уксусной кислоты и 3% раствора перекиси водорода. На контролируемый предмет наносят 2-3 капли. При наличии остатков крови появляется сине-зеленое окрашивание.

746. Азопирамовая проба: основной раствор: 100 г амидопирина смешивают в сухой посуде с 1,0 г солянокислого анилина и заливают 95% этиловым спиртом объемом 1 литр. Смесь перемешивают до полного растворения ингредиентов. Хранят в плотно закрытом флаконе в темноте при температуре +4 °С не более 2 месяцев, при комнатной температуре - не более 1 месяца. Рабочий раствор: смешивают равные объемы азопирама (основной раствор) и 3% раствор перекиси водорода. На контролируемый предмет наносят 2-3 капли, при наличии остатков крови - через 1 минуту появляется фиолетовое окрашивание, переходящее затем в сиреневый цвет; ржавчины и хлорсодержащих окислителей - буроватое окрашивание, а в остальных случаях окрашивание - розово-сиреневое.

747. Фенолфталеиновая проба: готовят 1% спиртовый раствор фенолфталеина. Наносят на вымытые изделия 1-2 капли раствора. При наличии остатков моющего средства появляется розовое окрашивание.

748. Разрешается использование готовых/заводских проб с неистекшим сроком годности раствора.

749. При положительной пробе на кровь, моющее средство и другие вещества, всю группу контролируемых изделий подвергают повторной обработке до получения отрицательных результатов.

750. Самоконтроль в лечебно-профилактических учреждениях проводится не реже 1 раза в неделю, организуется и контролируется старшей медицинской сестрой отделения или медсестрой инфекционного контроля с последующей отметкой в журнале.

751. Контроль качества предстерилизационной очистки проводится сотрудниками служб общественного здравоохранения 1 раз в квартал. Контролю подвергают 1% от одновременно обработанных изделий одного наименования, но не менее 3-5 единиц.

752. Персонал, занимающийся очисткой инструментов и оборудования, должен быть обеспечен соответствующими индивидуальными средствами защиты: халатами, клеенчатыми фартуками, техническими резиновыми перчатками, защитными очками или лицевыми щитками/защитными экранами.

753. В "Упаковочной" проводят сушку и упаковку медицинских инструментов. Предметы медицинского назначения, подлежащие стерилизации, должны быть упакованы в специальный упаковочный материал. Упакованный материал (пленочные материалы (термозапаячный материал), крафт-бумага и др.) изделия и материалы должны накапливаться в сетчатых корзинах или поддонах.

754. Перемещение подготовленных к стерилизации стерилизационных коробок/биксов, упаковок из мягких материалов должно производиться с использованием транспортных тележек.

755. При использовании для стерилизации оборудования непроходного типа (загрузка и выгрузка производится через одну дверцу) загрузка подготовленных к стерилизации изделий и материалов не должна производиться во время выгрузки простерилизованных. Для обеспечения поточности технологического процесса рекомендуется установка двухсторонних (проходного типа) стерилизаторов, загрузку и выгрузку в которых осуществляют с противоположных сторон.

756. По окончании стерилизации изделия выгружают из стерилизаторов в "стерильной" зоне стерилизационной и перевозят в места хранения стерильных изделий (экспедиционная). Хранение стерильных изделий в экспедиционной производится на решетчатых стеллажах. Запрещается складывать биксы с фильтром друг на друга. В случае отсутствия экспедиционной, временное хранение (до полного остывания) изделий, прошедших стерилизацию, допускается производить в помещении "стерильной" зоны стерилизационной/автоклавной, на транспортных тележках в укрытом стерильными простынями виде. На время остывания простерилизованных изделий и материалов в помещениях запрещено сквозное проветривание.

757. Транспортные тележки, используемые в помещениях "стерильной зоны" для транспортировки простерилизованных изделий и материалов, не должны использоваться для других целей.

758. Перевод изделий и материалов, прошедших стерилизацию в экспедиционную, производится при положительном результате контрольных термохимических индикаторов.

759. В экспедиционной осуществляется выдача стерильных изделий и материалов.

760. При выдаче стерильных коробок/биксов указывают дату и время стерилизации.

761. Полки на стеллажах маркируются по отделениям ОЗ.

762. В ЦСО должна быть обеспечена возможность хранения минимального суточного запаса стерильных изделий и материалов.

§ 3. Порядок стерилизации

763. Стерилизацию изделий медицинского назначения проводят в централизованных стерилизационных отделениях, при их отсутствии стерилизацию осуществляют в отделениях лечебных организаций в специально выделенных помещениях под стерилизационный кабинет (СК).

764. Стерилизации должны подвергаться все изделия, соприкасающиеся с раневой поверхностью, контактирующие с кровью или инъекционными препаратами, отдельные виды медицинских инструментов, которые в процессе эксплуатации соприкасаются со слизистой оболочкой и могут вызвать ее повреждения (относящиеся к критическим предметам).

765. Стерилизация осуществляется одним из методов согласно приложениям 26-28 к настоящей Инструкции.

766. При химическом методе стерилизации в качестве химических агентов могут быть использованы средства, разрешенные к применению для этих целей в Кыргызской Республике, в соответствии с инструкцией производителя.

767. Перед стерилизацией все предметы медицинского назначения, подлежащие стерилизации, должны быть упакованы.

768. Во время упаковки обращают внимание на то, что: инструменты чистые и сухие; ткань прошла стирку, высушена и без дыр; все имеющиеся сочленения инструментов открыты или находятся в разомкнутом состоянии.

769. Для упаковки при стерилизации паром используются следующие типы матери:

1) термозапаечная многослойная упаковка (материал из полипропилена и водоотталкивающая медицинская бумага соединенная термошвом);

2) бумага (крафт-бумага или другая): обертывают два раза. Бумага повторному использованию не подлежит;

3) защитный материал (272-288 нитей) в один слой, обернутый два раза.

770. Упаковку туго не завязывают.

771. При комплектации бикса необходимо следовать следующему алгоритму:

1) изнутри бикс выстилается тканью, в которую выкладываются предметы необходимой комплектации;

2) плотность заполнения бикса не должна превышать 2/3 его объема;

3) в середину заложенных инструментов помещается термоиндикатор 4 и 5 класса;

4) краями ткани закрываются объекты стерилизации;

5) сверху помещается упакованный пинцет (корнцанг) после чего крышка бикса закрывается.

772. Для упаковки предметов при стерилизации сухим жаром используются следующие типы материалов: металлические контейнеры, металлические сетки.

773. При загрузке стерилизатора создаются оптимальные условия для процесса стерилизации. При использовании стерилизации автоклавированием или сухим жаром.

774. Между биксами и стенками стерилизатора должно быть 7 см свободного пространства.

775. Биксы с сухими материалами располагают на боку неплотно укладывая друг к другу в стерилизационные коробки (биксы).

776. Инструменты и лотки (если лоток целый) укладывают на бок.

777. Лотки для инструментов (только если дно перфорировано или в виде сетки) укладывают горизонтально на полки.

778. Упаковки не должны превышать максимально допустимых размеров. Максимальные размеры: 30×30×50 см или 5 килограмм.

779. Стерилизатор не перегружают: упаковки и емкости не спрессованы.

780. Запрещается проводить стерилизацию перчаток для повторного их использования.

781. Во время цикла стерилизации соблюдаются нижеперечисленные стандартные условия:

1) при стерилизации паром (автоклавирование): 20 минут для необернутых предметов и 30 минут для обернутых предметов (при 132 ± 2 °C под давлением $2\pm 0,2$ кг/см²) или другие режимы в зависимости от типа предметов или типа стерилизатора (согласно инструкции производителя);

2) при стерилизации сухим жаром: 180 °C в течение 1 часа после достижения требуемой температуры (общий цикл занимает 2-2,5 часа), или 160 °C в течение 2 часов после достижения требуемой температуры (общий цикл занимает 3-3,5 часа). Стерилизация сухим жаром предназначено для изделий из стекла;

3) при стерилизации химическими веществами: стерилизация проводится в специальном полимерном контейнере/емкости с крышкой, выдерживающей действие дезинфицирующего средства, при полном погружении в дезинфицирующий раствор разобранных инструментов. На емкости/контейнере помещается наклейка с указанием времени начала стерилизации, где указана дата восстановления химического раствора до первоначальной концентрации (согласно приложению 45 к настоящей Инструкции). По истечении времени экспозиции, инструменты извлекают с использованием стерильных перчаток и промывают (три раза в трех различных емкостях) в стерильной дистиллированной воде, высушивают и помещают в стерильную емкость.

782. Процесс выгрузки из стерилизатора проводится в соответствии с правилами работы с автоклавами и сухожаровыми стерилизаторами.

783. При стерилизации паром (автоклавирование):

1) после окончания цикла стерилизации дверцу открывают только после того как стрелка на манометре находится в положении "0";

2) дверцу открывают на 12-14 см перед тем как выгружать автоклав;

3) упаковки должны быть сухими перед выгрузкой (перед выгрузкой автоклаву дают постоять 30 минут для того, чтобы упаковки и инструменты высохли);

4) если используется загрузочная тележка, тележка извлекается из стерилизатора и располагается в стороне от открытого окна или вентилятора;

5) упаковки выкладывают в стороне от окон или вентиляторов на стеллаж в стерильной зоне и закрывают отверстия на биксах. Не производят ненужных операций с упаковками.

784. При стерилизации сухим жаром:

1) упаковки/емкости выкладываются в стороне от окон или вентилятора на стеллажи или стерильные столы;

2) не производят ненужных операций с упаковками/емкостями;

3) когда упаковки/емкости остынут до комнатной температуры, их выдают для использования или помещают в стерильное место хранения.

785. Текущее обслуживание стерилизаторов проводится в соответствии с правилами работы с автоклавами и сухожаровыми стерилизаторами.

786. При стерилизации паром (автоклавирование) ежедневно проводится уход за автоклавом:

1) фестон стерилизатора извлекается и чистится под проточной водой при помощи моющего средства и щетки;

2) камера автоклава ежедневно протирается перед началом работы с использованием мягкой ткани, не оставляющей ворса;

3) абразивные чистящие средства или металлическая мочалка не используется для чистки автоклава;

4) все дверцы или уплотнения крышек протираются при помощи не оставляющей ворса ткани и проверяются на возможные дефекты. При необходимости прокладки с дефектами заменяются;

5) полки, ведро или тележка для складывания упаковок моются при помощи моющего средства и тряпки;

6) если есть какие-либо особые указания изготовителя относительно обслуживания автоклава, вывешиваются копии этих руководств и персонал должным образом придерживается указанных этапов.

787. При стерилизации сухим жаром ежедневно проводится уход, сухожаровой шкаф ежедневно протирается перед началом работы при помощи мягкой ткани, не оставляющей ворса.

788. В организациях здравоохранения должна быть система мониторинга эффективности стерилизации.

789. Имеются таблицы и регистрационные журналы: таблица записей с указанием времени, температуры и давления для каждой загрузки. Таблица или журнал заполняются и проверяются после каждой загрузки.

790. Исправление неудачной попытки стерилизации: когда результаты мониторинга показывают, что стерилизация была неудачной, предпринимаются и регистрируются следующие меры.

791. Немедленно проверяется оборудование, чтобы убедиться в том, что оно правильно используется.

792. Если было зарегистрировано, что оборудование эксплуатируется правильно, а мониторинг по-прежнему показывает, что стерилизация не происходит, временно прекращают использование данного оборудования и проводят его техническое обслуживание.

793. Любой инструмент или другой предмет, который проходил обработку в данном автоклаве, вновь проходит соответствующую обработку.

§ 4. Процесс хранения стерильных предметов

794. Чистый материал не хранят вместе со стерильными предметами.

795. Необернутые предметы используются немедленно и не хранятся.

796. На стерильных упаковках и/или емкостях указывают дату проведения стерилизации.

797. Осуществляют систему ротации и инвентаризации для контроля использования стерильных предметов.

798. На упаковках не должно быть разрывов, влажных мест, пыли.

§ 5. Контроль работы паровых и воздушных стерилизаторов

799. Контроль работы паровых и воздушных стерилизаторов осуществляют физическим, химическим и бактериологическим методами, при этом используют средства измерения температуры, давления, учет времени, химические тесты, термохимические индикаторы и биотесты.

800. Физический и химический методы контроля являются оперативными методами контроля параметров режимов работы паровых и воздушных стерилизаторов, результаты которых учитываются непосредственно в процессе стерилизационного цикла. Бактериологический метод контроля позволяет контролировать эффективность работы стерилизатора.

801. Контроль работы стерилизаторов в организациях здравоохранения должен включать контроль после монтажа и ремонта аппаратуры и контроль в процессе его эксплуатации. Контроль работы стерилизатора проводится при каждой загрузке аппарата и осуществляется специалистами данной организации здравоохранения.

802. Контроль работы стерилизаторов, оснащенность организации здравоохранения стерилизационным оборудованием, средствами контроля, санитарное состояние помещений, знание и практические навыки персонала, наличие необходимой документации осуществляется центром государственного санитарно-эпидемиологического надзора в плановом порядке и по санитарно-эпидемиологическим показаниям.

803. При проведении контроля контрольные тесты (максимальные термометры, химические тесты, термохимические индикаторы и биотесты) упаковывают в пакеты из упаковочной бумаги вместе со стерилизуемым материалом, нумеруют и размещают в контрольных точках согласно инструкции производителя автоклава и контрольных тестов.

804. В ходе государственного санитарно-эпидемиологического надзора проверяется оснащенность организаций здравоохранения стерилизационным оборудованием, средствами контроля, санитарное состояние помещений, знание и практические навыки персонала, наличие необходимой документации.

805. При осуществлении самоконтроля работы стерилизующей аппаратуры персонал, обслуживающий ее, закладывает максимальные термометры, химические тесты, термохимические индикаторы или биотесты в пакеты со стерилизуемым материалом, следит на протяжении цикла стерилизации за показаниями контрольно-измерительных приборов и дает заключение о возможности использования простерилизованных изделий.

806. Каждая партия стерилизуемого материала регистрируется в журнале согласно приложению 31 к настоящей Инструкции. Паспорта стерилизаторов, акты, протоколы проверки технического состояния стерилизаторов и эффективности стерилизации хранятся и содержатся в надлежащем состоянии в организации здравоохранения у руководителя или специалиста по инфекционному контролю.

§ 6. Методы контроля паровых и воздушных стерилизаторов

807. Физический метод контроля работы стерилизаторов осуществляют с помощью средств измерения температуры (термометр, термометр максимальный), давления (моновacuумметр) и

времени. Параметры режима работы стерилизатора следует проверять в течение цикла стерилизации, проводимого в соответствии с паспортом аппарата.

808. Химический метод контроля осуществляют с помощью химических тестов и термохимических индикаторов. Химический тест представляет запаянную с обоих концов стеклянную трубку, заполненную смесью химического соединения с органическим красителем или только с химическим соединением, изменяющим свое агрегатное состояние и цвет при достижении температуры плавления. Упакованные химические тесты нумеруют, размещают в контрольные точки паровых и воздушных стерилизаторов. По окончании стерилизации визуально определяют изменение цвета индикаторов.

809. Термохимические индикаторы представляют собой полоски, цвет которых необратимо меняется при соблюдении установленных режимов стерилизации. Рекомендованы к применению термоиндикаторы и/или интеграторы 4, 5, 6 поколений для контроля температуры, давления и времени.

810. Для подтверждения инактивации следует периодически использовать биологические индикаторы. Для проверки эффективности чаще всего используются споры *Geobacillus sterothermophilus*.

811. Бактериологический метод осуществляют с помощью индикаторов для мониторинга процессов стерилизации на предмет их эффективности используемого стерилизатора. После окончания стерилизационного цикла индикатор должен быть извлечен и подвергнут инкубации для контроля инактивации содержащихся в нем спор микроорганизмов.

Приложение 1
к Инструкции по инфекционному
контролю в организациях
здравоохранения Кыргызской
Республики

Алгоритм действий при гигиенической обработке рук

№	Этапы	Обоснование
1	Засучить рукава униформы, снять кольца и другие украшения и не надевать их после обработки рук	Обеспечивается обработка не только пальцев, кистей, но и запястий. Углубление в кольцах является местом для размножения микроорганизмов
2	Осмотреть пальцы и кисти на предмет отсутствия трещин и порезов	Порезы могут служить резервуаром и входными воротами для инфекции
3	Наберите спиртосодержащий антисептик в сложенную горсткой ладонь	Удаление или уничтожение транзитной микрофлоры, а также снижение резидентной флоры
4	Тереть ладонь о ладонь, включая запястья (повторять не менее 5 раз до полного высыхания)	Удаление/уничтожение микроорганизмов с ладоней и запястий
5	Правая ладонь поверх тыльной стороны левой и наоборот (повторять не менее 5 раз до полного высыхания)	Удаление/уничтожение с тыла левой и правой рук
6	Сложив ладонь к ладони, пальцы перекрещены, тереть внутренние поверхности пальцев движениями вверх и вниз (повторять не менее 5 раз до полного высыхания)	Межпальцевые промежутки - самые загрязненные части кистей

7	Тереть тыльной стороной пальцев по ладони другой руки, пальцы "в замок" (повторять не менее 5 раз до полного высыхания)	Удаление/уничтожение микроорганизмов с тыльной стороны пальцев
8	Тереть вращательными движениями правый палец, зажатый в левой ладони и наоборот (повторять не менее 5 раз до полного высыхания)	Наиболее часто пропускаемые места - большие пальцы, где скапливаются микроорганизмы
9	Тереть вращательными движениями вперед-назад сжатыми в щепоть пальцами правой руки по левой ладони и наоборот (повторять не менее 5 раз до полного высыхания)	Удаление/уничтожение микроорганизмов с ногтевых лож
10	Дать рукам полностью высохнуть	Высушивание рук дает возможность правильной экспозиции. Салфетки или полотенца для высушивания рук не используют

Приложение 2
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Алгоритм действий при гигиеническом мытье рук

№	Этапы	Обоснование
1	Засучить рукава униформы, снять кольца и другие украшения и не надевать их после мытья рук	Обеспечивается мытье не только пальцев, кистей, но и запястий. Углубление в кольцах является местом для размножения микроорганизмов
2	Осмотреть пальцы и кисти на предмет трещин и порезов	Порезы могут служить резервуаром и входными воротами для инфекции. При их наличии обработать и заклеить пластырем
3	Встать перед раковиной, стараясь не касаться руками и одеждой ее поверхности	Поверхность раковины является "грязной" зоной
4	Включить воду и отрегулировать температуру воды так, чтобы она была теплой	Горячая вода открывает кожные поры и вызывает раздражение
5	Кисти и запястья во время мытья держать ниже локтей	Кисти - самые загрязненные части рук. Вода стекает с менее загрязненных на более загрязненные участки, смывая микроорганизмы в раковину
6	Намылить руки так, чтобы образовалась пена	Пена поможет удалить с поверхности рук грязь и микроорганизмы
7	Тереть ладонь о ладонь, включая запястья (повторять не менее 5 раз)	Удаление микроорганизмов с ладоней и запястий
8	Правая ладонь поверх тыльной стороны левой и наоборот (повторять не менее 5 раз)	Удаление микроорганизмов с тыла левой и правой рук
9	Сложив ладонь к ладони, пальцы перекрещены, тереть внутренние поверхности пальцев движениями вверх и вниз	Межпальцевые промежутки - самые загрязненные части кистей

10	Тереть тыльной стороной пальцев по ладони другой руки, пальцы "в замок" (повторять не менее 5 раз)	Удаление микробов с тыльной стороны пальцев
11	Тереть вращательными движениями правый палец, зажатый в левой ладони и наоборот (повторять не менее 5 раз)	Наиболее часто пропускаемые места - большие пальцы, где скапливаются микроорганизмы
12	Тереть вращательными движениями вперед-назад сжатыми в щепоть пальцами правой руки по левой ладони и наоборот (повторять не менее 5 раз)	Удаление загрязнений с ногтевых лож
13	Тщательно вытереть руки, начиная с пальцев, затем кисти и запястья чистой сухой салфеткой	Высушивание рук предупреждает растрескивание кожи
14	Выключить воду ручным краном, предварительно накрыв его той же салфеткой	Исключается загрязнение рук при соприкосновении с краном
15	Сбросить использованную салфетку в емкость "Использованные салфетки". Если используется бумажное полотенце - в мусорную урну	Предупреждает распространение инфекции

Приложение 3
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Перечень антисептиков для хирургической обработки рук и кожных покровов перед операцией

№	Обеззараживающее средство	Концентрация	Время экспозиции	Норма расхода
1	Этиловый спирт	70% раствор этилового спирта	3 минуты	5 миллилитров (полное увлажнение рук хирурга)
	Пропиловый спирт	60% раствор пропилового спирта	3 минуты	
		Готовая форма	2-хкратно, по 3 минуты	
	Изопропиловый спирт	60% раствор изопропиловый спирт	3 минуты	
	Хлоргексидина глюконат		3 минуты	
2	Другие антисептики, разрешенные к использованию для этих целей в Кыргызской Республике		Согласно инструкции производителя	

Приложение 4

к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Перечень антисептиков для гигиенической обработки рук

№	Обеззараживающее средство	Концентрация	Время экспозиции	Норма расхода
1	Этиловый спирт	70% спиртово-глицериновый раствор	1-2 минуты	3-5 миллилитров
	Пропиловый спирт	60% раствор пропилового спирта	1-2 минуты	
		Готовая форма пролонгированного действия	Не менее 30 секунд	
	Изопропиловый спирт	60-70% раствор изопропиловый спирт	1-2 минуты	
2	Другие антисептики, разрешенные к использованию для этих целей в Кыргызской Республике		Согласно инструкции производителя	

Приложение 5
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Алгоритм внутрикожного введения лекарственных средств

№	Этапы	Обоснование
1	Проведите гигиеническую обработку рук	Удаление грязи и транзитной флоры. Предупреждает распространение инфекции
2	Подготовьте оснащение для проведения процедуры	Обеспечивает четкое выполнение алгоритма. Избежание дополнительных действий во время проведения процедуры
3	Пригласите пациента и объясните суть предстоящей процедуры	Психологическая поддержка пациенту. Избежание нежелательных реакций со стороны пациента
4	Внимательно прочтите название и дозу лекарственного средства, приготовьте нужный раствор. Убедитесь, что больному назначено данное лекарство	Избежание ошибки при введении лекарственного средства

5	Получите согласие пациента на проведение процедуры	Обеспечение соблюдения этических и юридических норм
6	Помогите пациенту занять нужное положение	Избежание мышечного напряжения. Удобство проведения процедуры
7	Проведите гигиеническую обработку рук	Предупреждение микробной контаминации с рук медработника
8	Наберите в шприц лекарственное средство	Введение средства с лечебной или диагностической целью
9	Обработайте кожу в месте инъекции одноразовой спиртовой салфеткой круговыми движениями от центра к периферии	Предупреждение микробной контаминации места инъекции с кожных покровов пациента
10	Натяните кожу в месте инъекции	Облегчает прокол кожи
11	Введите иглу в кожу срезом вверх на незначительную глубину и продвиньте параллельно поверхности кожи на 3-4 миллиметра	Толщина кожи колеблется от 0,5 до 4 миллиметров в зависимости от возраста и пола пациента
12	Выпустите по 1-2 капли жидкости. На коже при этом появится бугорок, а при дальнейшем продвижении иглы и введении капель раствора - "лимонная корочка"	Обеспечения контроля внутрикожного введения и избежание подкожного попадания
13	Извлеките иглу, аккуратно не прижимая ватным тампоном место инъекции, не массируйте место инъекции	Избежание истечения лекарственного средства в более глубокие слои
14	Иглу отсечь от шприца с помощью иглоотсекателя	Безопасная практика с остроколющим предметом
15	Использованный шприц сбросьте в емкость для сбора потенциально инфицированных отходов (класс Б)	Безопасная сортировка медицинских отходов
16	Проведите гигиеническую обработку рук	Соблюдение гигиены рук
17	Осмотрите через 20-25 минут место инъекции и выясните состояние пациента	Наблюдение за переносимостью препарата

Приложение 6
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Алгоритм подкожного введения лекарственных средств

№	Этапы	Обоснование
1	Проведите гигиеническую обработку рук	Удаление грязи и транзитной флоры предупреждает распространение инфекции
2	Подготовьте оснащение для проведения процедуры	Обеспечивает четкое выполнение алгоритма. Избежание дополнительных действий во время проведения процедуры
3	Пригласите пациента и объясните суть	Психологическая поддержка пациенту.

	предстоящей процедуры	Избегание нежелательных реакций со стороны пациента
4	Внимательно прочтите название и дозу лекарственного средства, приготовьте нужный раствор. Убедитесь, что больному назначено данное лекарство	Избегание ошибки при введении лекарственного средства
5	Получите согласие пациента на проведение процедуры	Обеспечение соблюдения этических и юридических норм
6	Помогите пациенту занять нужное положение	Избегание мышечного напряжения. Удобство проведения процедуры
7	Проведите гигиеническую обработку рук	Предупреждение микробной контаминации с рук медработника
8	Наберите в шприц лекарственное средство	Введение средства с лечебной или диагностической целью
9	Обработайте кожу в месте инъекции одноразовой спиртовой салфеткой круговыми движениями от центра к периферии	Предупреждение микробной контаминации места инъекции с кожных покровов пациента
10	Большим и указательными пальцами левой руки мягко соберите в складку кожу в месте, выбранном для инъекции	Облегчает прокол кожи
11	Введите иглу под кожу под углом 45° на глубину 15 миллиметров (2/3 иглы)	Для обеспечения прохождения толщины кожи и избегания попадания в мышечный слой
12	Перенесите левую руку на поршень и медленно введите лекарственное средство	Медленное введение лекарства необходимо для контроля переносимости препарата
13	Быстрым движением извлеките иглу	Профилактика механических осложнений
14	Иглу отсекать от шприца с помощью иглоотсекателя	Безопасная практика с остроколющим предметом
15	Использованный шприц сбросьте в емкость для сбора потенциально инфицированных отходов (класс Б)	Безопасная сортировка медицинских отходов
16	Проведите гигиеническую обработку рук	Соблюдение гигиены рук

Приложение 7
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Алгоритм внутримышечного введения лекарственных средств

№	Этапы	Обоснование
1	Проведите гигиеническую обработку рук	Удаление грязи и транзитной флоры предупреждает распространение инфекции

2	Подготовьте оснащение для проведения процедуры	Обеспечивает четкое выполнение алгоритма. Избегание дополнительных действий во время проведения процедуры
3	Пригласите пациента и объясните суть предстоящей процедуры. Получите согласие	Психологическая поддержка пациента. Внезапные движения пациента во время введения инъекции могут привести к ранениям. Обеспечение соблюдения этических и юридических норм
4	Внимательно прочтите название и дозу лекарственного средства, приготовьте нужный раствор. Убедитесь, что больному назначено данное лекарственное средство	Избегание ошибки при введении лекарственного препарата
5	Соберите шприц и иглу. Наберите в шприц нужное количество лекарственного средства	Обеспечивает четкое выполнение алгоритма. Избегание дополнительных действий во время проведения процедуры
6	Определите подходящее место для инъекции. Осмотрите и ощупайте место инъекции на отсутствие уплотнений и заболеваний кожи	Внутримышечная инъекция может быть выполнена в область плеча, бедра и ягодицы
7	Помогите пациенту занять нужное положение. Обнажите место инъекции	Избегание мышечного напряжения. Удобство проведения процедуры
8	Проведите гигиеническую обработку рук	Предупреждение микробной контаминации с рук медработника
9	Обработайте кожу в месте инъекции одноразовой спиртовой салфеткой круговыми движениями от центра к периферии и зажмите салфетку между 3 и 1 пальцами нерабочей руки	Предупреждение микробной контаминации места инъекции, с кожных покровов пациента
10	Зафиксируйте кожу в месте инъекции	Облегчает прокол кожи
11	При инъекции шприц держите рабочей рукой так, чтобы 2 палец придерживал шток поршня, 5 палец - иглу, остальные - цилиндр. Укол произведите на глубину 3-4 сантиметра под углом 90°	Во избежание травматизма и инфицирования
12	Перенесите свободную руку на поршень и медленно введите лекарственное средство	Медленное введение лекарства необходимо для контроля переносимости препарата
13	Быстрым движением извлеките иглу	Профилактика механических осложнений
14	Иглу отсечь от шприца с помощью иглоотсекателя	Безопасная практика с остроколющим предметом
15	Использованный шприц сбросьте в емкость для сбора потенциально инфицированных отходов (класс Б)	Безопасная сортировка медицинских отходов
16	Проведите гигиеническую обработку рук	Соблюдение гигиены рук

Приложение 8
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Алгоритм внутривенного введения лекарственных средств

№	Этапы	Обоснование
1	Проведите гигиеническую обработку рук	Удаление грязи и транзитной флоры предупреждает распространение инфекции
2	Подготовьте оснащение для проведения процедуры	Обеспечивает четкое выполнение алгоритма. Избежание дополнительных действий во время проведения процедуры
3	Пригласите пациента и объясните суть предстоящей процедуры. Получите согласие	Психологическая поддержка пациента. Внезапные движения пациента во время введения инъекции могут привести к ранениям. Обеспечение соблюдения этических и юридических норм
4	Прочтите внимательно название и дозу лекарственного средства, приготовьте нужный раствор. Убедитесь, что больному назначено данное лекарство	Избежание ошибки при введении лекарственного средства
5	Соберите шприц и иглу. Наберите в шприц нужное количество лекарственного средства. Приготовьте шприц для инъекции	Обеспечивает четкое выполнение алгоритма. Избежание дополнительных действий во время проведения процедуры
6	Определите подходящее место для инъекции. Осмотрите и ощупайте место инъекции на отсутствие уплотнений и заболеваний кожи	Внутримышечная инъекция может быть выполнена в область предплечья, кисти, голени и стопы
7	Помогите пациенту занять нужное положение. Обнажите место инъекции	Избежание мышечного напряжения. Удобство проведения процедуры
8	Посадить пациента на стул со спинкой и подлокотником с обрабатываемой поверхностью так, чтобы рука (предплечье, кисть) свободно лежала на поверхности	Избежание мышечного напряжения. Удобство проведения процедуры
9	Если процедура у постели больного, положите руку больного на валик для создания удобства при проведении манипуляции	Избежание мышечного напряжения. Удобство проведения процедуры. Подложенный валик обеспечивает улучшенный доступ к вене
10	Под предплечье положите чистую влаговпитывающую салфетку	Салфетка необходима для впитывания случайно вытекшей жидкости (кровь, медикамент)
11	Визуально и путем ощупывания определите место инъекции	Определение места инъекции
12	Проведите гигиеническую обработку рук, наденьте чистые одноразовые перчатки	Предупреждение микробной контаминации с рук медработника
13	Наложите жгут на предплечье на 10 сантиметров выше предполагаемого места введения иглы, предварительно подложив под жгут салфетку или рукав рубашки	Обеспечение кровенаполнения сосудов. Подложенная салфетка (рукав рубашки) - во избежание защемления кожи
14	Обработайте кожу в месте инъекции одноразовыми спиртовыми салфетками круговыми движениями от центра к периферии	Предупреждение микробной контаминации места инъекции, с кожных покровов пациента

15	Возьмите шприц в рабочую руку, придерживая указательным пальцем муфту (канюлю) сверху, остальными пальцами обхватите поршень	Для создания определенного (30°) угла введения иглы
16	Оттяните кожу на месте инъекции указательным пальцем свободной руки, одновременно фиксируя вену	Облегчает прокол кожи
17	Расположите шприц и иглу по ходу вены	Для облегчения попадания в вену
18	Введите быстро энергично иглу под углом 30° под кожу, затем - по направлению вены. При попадании в просвет вены чувствуется провал	Расположение иглы под углом 30° обеспечивает попадание в просвет вены
19	Прижмите указательным пальцем рабочей руки иглу к коже пациента (не выпускайте шприц из руки). Проверьте попадание в вену, оттянув поршень свободной рукой на себя. Если в шприц пойдет кровь - игла в вене	Во избежание введения лекарственного средства под кожу
20	Продвиньте иглу немного вперед по ходу вены, проверьте нахождение иглы в просвете вены, оттянув поршень. Не выпускайте шприц из рабочей руки. Зафиксируйте иглу указательным пальцем	Для предотвращения выхода иглы из вены
21	Распустите жгут свободной рукой, не выпуская шприц из рабочей руки	Для восстановления свободного кровотока
22	Проверьте нахождение иглы в вене, оттянув поршень еще раз	Для предотвращения выхода иглы из вены
23	Введите медленно лекарство, надавливая на поршень нерабочей рукой	Медленное введение лекарства необходимо для контроля переносимости препарата
24	Приложите плотно спиртовую салфетку на место прокола и быстро извлеките иглу	Предупреждение микробной контаминации места инъекции, с кожных покровов пациента
25	Закрепите одноразовым пластырем не отнимая спиртовую салфетку с места прокола(*)	Туго наложенная повязка препятствует образованию подкожной гематомы
26	Иглу отсечь от шприца с помощью иглоотсекателя	Безопасная практика с остроколющим предметом
27	Использованный шприц сбросьте в емкость для сбора потенциально инфицированных отходов (класс Б)	Безопасная сортировка медицинских отходов
28	Снимите перчатки и проведите гигиеническую обработку рук	Не допускается использование одной и той же пары перчаток при контакте с двумя и более пациентами. Соблюдение гигиены рук
29	Осмотрите через 20-25 минут место инъекции и выясните состояние пациента	Наблюдение за переносимостью препарата

Примечание: (*) - данный пункт является необязательным, применяется только по показаниям.

**Алгоритм действий при введении пероральных вакцин
(полиомиелитной и ротавирусной)**

№	Этапы	Обоснование
1	Проведите гигиеническую обработку рук	Предупреждение микробной контаминации с рук медработника
2	Подготовьте оснащение для проведения процедуры	Оральная полиомиелитная или ротавирусная вакцины, коробки безопасной утилизации
3	Пригласите вакцинируемого, объясните сопровождающему лицу суть предстоящей процедуры	Психологическая поддержка вакцинируемого. Избегание нежелательных реакций со стороны вакцинируемого
4	Внимательно прочтите название, дозу и срок годности вакцинного препарата. Убедитесь, что вакцинируемому назначена данная вакцина	Избегание ошибки при введении вакцинного препарата
5	Получите согласие вакцинируемого/сопровождающего на проведение вакцинации	Обеспечение соблюдения этических и юридических норм
6	Выберите удобное положение: используйте положение сидя на коленях у родителя, когда родитель обнимает ребенка одной рукой и поддерживает ему голову, слегка запрокинув ребенка на спину	Избегание мышечного напряжения. Удобство проведения процедуры
7	Проведите гигиеническую обработку рук	Предупреждение микробной контаминации с рук медработника
8	Откройте ребенку рот, слегка надавив ему на щеки большим и указательным пальцами	Введение средства с профилактической целью
9	Оральная полиомиелитная вакцина - капните пипеткой две капли вакцины на язык ребенка. Не касайтесь пипеткой ребенка. Оральная ротавирусная вакцина - из тубика вводите вакцину, расположив тубик под углом к внутренней поверхности щеки ребенка	
10	Введите все содержимое тубика, нажав на него несколько раз	Свободное вытекание содержимого
11	Проведите гигиеническую обработку рук	Предупреждение микробной контаминации
12	Сделайте запись в медицинской документации	Введение учетно-отчетной документации согласно утвержденным формам
13	Осмотрите через 30 минут и выясните состояние вакцинируемого	Наблюдение за переносимостью препарата, возможными побочными проявлениями после

		иммунизации
--	--	-------------

Приложение 10
к Инструкции по инфекционному
контролю в организациях
здравоохранения Кыргызской
Республики

**Алгоритм выполнения подкожной инъекции в верхнюю
треть наружной поверхности плеча краснушно-паротитно-
коревой (КПК) и краснушно-коревой вакцин (ККВ)**

№	Этапы	Обоснование
1	Проведите гигиеническую обработку рук	Предупреждение микробной контаминации с рук медработника
2	Подготовьте оснащение для проведения процедуры: КПК/КК-вакцина и соответствующий растворитель в комплекте, самоблокирующиеся шприцы (СБ-шприц) (0,5) для введения вакцины, одноразовый 5-миллилитровый шприц для разведения, одноразовые спиртовые салфетки, термосумку	Обеспечивает четкое выполнение алгоритма. Избежание дополнительных действий во время проведения процедуры
3	Внимательно прочтите название и дозу вакцинного препарата. Убедитесь, что вакцинируемому назначена данная вакцина	Избежание ошибки при введении вакцинного препарата
4	Пригласите вакцинируемого, объясните сопровождающему лицу суть предстоящей процедуры	Психологическая поддержка вакцинируемого. Избежание нежелательных реакций со стороны вакцинируемого
5	Получите согласие вакцинируемого/сопровождающего на проведение вакцинации	Обеспечение соблюдения этических и юридических норм
6	Помогите вакцинируемому занять нужное вертикальное положение	Избежание мышечного напряжения. Удобство проведения процедуры
7	Проведите гигиеническую обработку рук	Предупреждение микробной контаминации с рук медработника
8	Разведите КПК/КК-вакцину (см. Алгоритм разведения сухих лиофилизированных вакцин)	Предупреждение микробной контаминации раствора
9	Обработайте кожу круговыми движениями от центра к периферии одноразовой спиртовой салфеткой	Предупреждение микробной контаминации места инъекции с кожных покровов пациента
10	Обязательно выдерживайте время экспозиции	Предупреждение

		инактивации вакцины
11	Держите корпус шприца пальцами таким образом, чтобы срез иглы (отверстие) был направлен вверх	Облегчает прокол кожи
12	Быстро введите иглу в зажатую между пальцами кожу. Игла должна вводиться в плечо под углом в 45°	Толщина кожи колеблется от 0,5 до 4 миллиметров в зависимости от возраста, пола пациента
13	Плавно нажимайте на поршень шприца, избегайте движения иглы под кожей	Обеспечения контроля подкожного введения
14	Извлеките иглу, не прижимая одноразовой спиртовой салфеткой место инъекции. Не массируйте место инъекции	Избежание истечения вакцинного препарата в более глубокие слои
15	Иглу отсечь от шприца с помощью иглоотсекателя	Безопасная практика с остроколющим предметом
16	Использованный шприц сбросьте в емкость для сбора потенциально инфицированных отходов (класс Б)	Безопасная сортировка медицинских отходов
17	Проведите гигиеническую обработку рук	Предупреждение микробной контаминации
18	Сделайте запись в медицинской документации	Введение учетно-отчетной документации согласно утвержденным формам
19	Осмотрите через 30 минут место инъекции и выясните состояние вакцинируемого	Наблюдение за переносимостью препарата, возможных побочных проявлений после иммунизации

Приложение 11
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Алгоритм выполнения внутрикожной (ВК) инъекции вакциной Бацилла Кальмета-Герена (БЦЖ-вакцина)

№	Этапы	Обоснование
1	Проведите гигиеническую обработку рук	Предупреждение микробной контаминации с рук медработника
2	Подготовьте оснащение для проведения процедуры. БЦЖ-вакцина и соответствующий растворитель в комплекте, СБ-шприц (0,05/0,1) для введения вакцины, одноразовый 2-миллилитровый шприц для разведения, одноразовые спиртовые салфетки, термосумку	Обеспечивает четкое выполнение алгоритма. Избежание дополнительных действий во время проведения процедуры

3	Пригласите вакцинируемого, объясните сопровождающему лицу суть предстоящей процедуры	Психологическая поддержка вакцинируемого. Избежание нежелательных реакций со стороны вакцинируемого
4	Получите согласие вакцинируемого или сопровождающего на проведение вакцинации	Обеспечение соблюдения этических и юридических норм
5	Выберите удобное положение: для новорожденного - лежа, ребенка до 5 лет	Избежание мышечного напряжения. Удобство проведения процедуры
6	Внимательно прочтите название и дозу вакцинного препарата. Убедитесь, что вакцинируемому назначена данная вакцина	Избежание ошибки при введении вакцинного препарата
7	Проведите гигиеническую обработку рук	Предупреждение микробной контаминации с рук медработника
8	Разведите БЦЖ-вакцину (смотрите Алгоритм разведения сухих лиофилизированных вакцин) и наберите вакцину в СБ-шприц	Предупреждение микробной контаминации раствора
9	Обработайте кожу круговыми движениями от центра к периферии одноразовой спиртовой салфеткой	Предупреждение микробной контаминации места инъекции с кожных покровов пациента
10	Обязательно выдерживайте время экспозиции	Предупреждение инаktivации вакцины
11	Держите корпус шприца пальцами таким образом, чтобы срез иглы (отверстие) был направлен вверх. Расположите шприц и иглу практически параллельно коже ребенка	Облегчает прокол кожи
12	Введите иглу срезом вверх в поверхностный слой натянутой кожи на границе верхней и средней трети наружной поверхности левого плеча. Сначала введите немного вакцины, чтобы убедиться, что игла вошла точно внутривенно, а затем всю дозу препарата (0,05 миллилитров для новорожденных и детей 5 лет в дозе 0,1 миллилитров)	БЦЖ-вакцина, должна вводиться строго внутривенно, в левое плечо самоблокирующим шприцем в дозе 0,05 миллилитров для новорожденных и детей 5 лет в дозе 0,1 миллилитров
13	Если внутривенную инъекцию делать правильно, то поршень шприца двигается с трудом. Если поршень продвигается легко, то это означает, что инъекция делается слишком глубоко. В этом случае немедленно прекратите введение препарата, исправьте положение иглы и введите оставшееся количество препарата, но не больше	Обеспечения контроля внутривенного введения
14	Извлеките иглу, не массируйте место инъекции	Избежание истечения вакцинного препарата в более глубокие слои
15	Иглу отсечь от шприца с помощью иглоотсекателя	Безопасная практика с остроколющим предметом
16	Использованный шприц сбросьте в емкость для сбора потенциально инфицированных отходов (класс Б3)	Безопасная сортировка медицинских отходов
17	Проведите гигиеническую обработку рук	Предупреждение микробной контаминации

18	Сделайте запись в медицинской документации	Введение учетно-отчетной документации согласно утвержденным формам
19	Осмотрите через 30 минут место инъекции и выясните состояние вакцинируемого	Наблюдение за переносимостью препарата, возможных побочных проявлений после иммунизации

Приложение 12
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Алгоритм введения вакцины при внутримышечной инъекции в переднелатеральную область бедра детям в возрасте до 18 месяцев (1,5 лет) жизни (вакцина против гепатита Б (ВГВ), пентавалентная вакцина - адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная, против гепатита Б и гемофильной инфекции типа "Б" (АКДС-ВГВ-ХИБ), АКДС, пневмококковая, инактивированная полиомиелитная вакцины)

№	Этапы	Обоснование
1	Проведите гигиеническую обработку рук	Предупреждение микробной контаминации с рук медработника
2	Подготовьте оснащение для проведения процедуры: вакцина, СБ-шприц (0,5-миллилитровый) для введения вакцины, одноразовые спиртовые салфетки, термосумку	Обеспечивает четкое выполнение алгоритма. Избежание дополнительных действий во время проведения процедуры
3	Пригласите вакцинируемого, объясните сопровождающему лицу суть предстоящей процедуры	Психологическая поддержка вакцинируемого. Избежание нежелательных реакций со стороны вакцинируемого
4	Получите согласие вакцинируемого/сопровождающего на проведение вакцинации	Обеспечение соблюдения этических и юридических норм
5	Помогите вакцинируемому занять нужное положение	Избежание мышечного напряжения. Удобство проведения процедуры
6	Прочтите внимательно название, дозу и срок годности вакцинного препарата. Убедитесь, что вакцинируемому назначена данная вакцина	Избежание ошибки при введении вакцинного препарата
7	Определите, обнажите и посмотрите место для инъекции	Мышца верхней наружной части бедра большая, поэтому введение в нее вакцины безопасно. Толщина подкожного жирового слоя у детей в возрасте до 1,5 года составляет примерно 8-12 миллиметров, а мышцы - 9-12

		миллиметров. Для введения вакцины глубоко в мышцу иглы шприца 22-25 миллиметров достаточно
8	Проведите гигиеническую обработку рук и наберите вакцину в СБ-шприц	Предупреждение микробной контаминации с рук медработника
9	Обработайте кожу круговыми движениями от центра к периферии одноразовой спиртовой салфеткой	Предупреждение микробной контаминации места инъекции с кожных покровов вакцинируемого
10	Обязательно выдерживайте время экспозиции	Предупреждение инактивации вакцины
11	Держите корпус СБ-шприца с боков пальцами таким образом, чтобы срез иглы (отверстие) был направлен вверх. Слегка сожмите кожу между большим и указательным пальцами верхней наружной поверхности бедра другой рукой и быстро введите иглу под углом 90 градусов в мышцу	Избежание травматизации и инфицирования
12	Плавнo нажимайте на поршень шприца, не двигая иглой, находящейся под кожей	Медленное введение необходимо для контроля переносимости препарата
13	Извлеките иглу, не массируйте место инъекции	Профилактика механических осложнений
14	Успокойте и отвлеките ребенка после того, как все вакцины будут введены	
15	Иглу отсечь от шприца с помощью иглоотсекателя	Безопасная практика с остроколющим предметом
16	Использованный шприц сбросьте в емкость для сбора потенциально инфицированных отходов (класс Б3)	Безопасная сортировка медицинских отходов
17	Сделайте запись в медицинской документации	Введение учетно-отчетной документации согласно утвержденным формам
18	Осмотрите место инъекции через 30 минут и выясните состояние вакцинируемого	Наблюдение за переносимостью препарата, возможных побочных проявлений после иммунизации

Приложение 13
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Алгоритм выполнения внутримышечной инъекции в дельтовидную область плеча подросткам и взрослым (адсорбированная дифтерийно-столбнячная (АДС), адсорбированная дифтерийно-столбнячная модифицированная (АДС-М))

№	Этапы	Обоснование
1	Проведите гигиеническую обработку рук	Предупреждение микробной

		контаминации с рук медработника
2	Подготовьте оснащение для проведения процедуры: вакцины, СБ-шприц (0,5-миллилитровый) для введения вакцины, одноразовые спиртовые салфетки, термосумку	Обеспечивает четкое выполнение алгоритма. Избежание дополнительных действий во время проведения процедуры
3	Пригласите вакцинируемого, объясните сопровождающему лицу суть предстоящей процедуры	Психологическая поддержка вакцинируемого. Избежание нежелательных реакций со стороны вакцинируемого
4	Получите согласие вакцинируемого/сопровождающего на проведение вакцинации	Обеспечение соблюдения этических и юридических норм
5	Помогите пациенту занять удобное положение - удобнее всего сидеть на стуле, в исключительных случаях - в лежачем положении	Избежание мышечного напряжения. Удобство проведения процедуры
6	Прочтите внимательно название, дозу и срок годности вакцинного препарата. Убедитесь, что вакцинируемому назначена данная вакцина	Избежание ошибки при введении вакцинного препарата
7	Определите, обнажите и посмотрите место для инъекции	Определение дельтовидной области плеча - места для инъекции подростков и взрослых
8	Проведите гигиеническую обработку рук и наберите вакцину в СБ-шприц	Предупреждение микробной контаминации с рук медработника
9	Обработайте кожу круговыми движениями от центра к периферии одноразовой спиртовой салфеткой	Предупреждение микробной контаминации места инъекции с кожных покровов вакцинируемого
10	Обязательно выдерживайте время экспозиции	Предупреждение инактивации вакцины
11	Держите корпус СБ-шприца с боков пальцами таким образом, чтобы срез иглы (отверстие) был направлен вверх. Положите ладонь на плечо вакцинируемого и отвлеките разговором, аккуратно захватите дельтовидную мышцу большим и указательным пальцами и быстро введите иглу под углом 90° в мышцу	Избежание травматизации и инфицирования
12	Плавно нажимайте на поршень шприца, не двигая иглой, находящейся под кожей	Медленное введение необходимо для контроля переносимости препарата
13	Вытащите иглу быстро и плавно, под тем же углом, под которым вы ее вводили. Извлеките иглу, не массируйте место инъекции	Профилактика механических осложнений
14	Иглу отсечь от шприца при помощи иглоотсекателя/иглодеструктора	Безопасная практика с остроколющим предметом
15	Использованный шприц сбросьте в емкость для сбора потенциально инфицированных отходов (класс Б3)	Безопасная сортировка медицинских отходов

16	Сделайте запись в медицинской документации	Введение учетно-отчетной документации согласно утвержденным формам
17	Осмотрите место инъекции через 30 минут, выясните состояние вакцинируемого	Наблюдение за переносимостью препарата, возможных побочных проявлений после иммунизации

Приложение 14
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

**Алгоритм разведения вакцин перед использованием
разведения требуют следующие лиофилизированные
(сухие) вакцины: БЦЖ, КПК, ККВ**

№	Этапы	Обоснование
1	Проведите гигиеническую обработку рук	Предупреждение микробной контаминации с рук медработника
2	Проверьте ампулы или флаконы с растворителями	Растворители для восстановления вакцин часто поставляют в ампулах. Ампулы представляют собой стеклянные или пластиковые бутылочки, которые вскрывают путем отламывания верхушки. Убедитесь, что ампулы не имеют трещин
3	Изучите этикетки на ампулах или флаконах с растворителями. Убедитесь, что: - вы собираетесь использовать растворитель того же производителя, что и вакцина, полученный именно с этой партией вакцины; - не истек срок годности препарата	Используйте только растворители, выпущенные производителем вакцины и предназначенные именно для восстановления конкретной вакцины. Каждая вакцина имеет свой растворитель, пригодный только для разведения этой вакцины
4	Встряхните флакон или ампулу с вакциной. Убедитесь, что весь порошок вакцины находится на дне флакона или ампулы, для этого, пощелкайте или слегка постучите пальцами по флакону или ампуле	
5	Откройте флакон или ампулу с вакциной. Центральная часть колпачка на флаконе обычно бывает приоткрытой так, чтобы ее можно было легко удалить. При помощи того же самого ампульного ножа, которым вскрывают ампулы, приподнимите центральную часть металлического колпачка и отогните его назад.	

	<p>Некоторые флаконы с вакциной имеют цветные пластиковые колпачки вместо металлических. Снимите такой колпачок, подцепив его большим пальцем руки или медленно открутите крышку в соответствии с инструкциями в отношении данного типа флакона</p>	
6	<p>Вскройте стеклянную ампулу с растворителем. Зажмите ампулу между большим и средним пальцами. Верхушку ампулы поддерживайте указательным пальцем. Достаньте из упаковки ампульный нож, который обычно поставляют вместе с ампулами, и интенсивно поскребите вокруг шейки ампулы, которую Вы хотите вскрыть. Оберните ампулу и осторожно сломайте верхушку. Верхушка отламывается в том месте, где были сделаны надрезы. Если вы все же случайно порезались, удалите ампулу, так как ее содержимое может быть загрязнено. Прежде чем вы начнете открывать новую ампулу, обработайте ранку в соответствии с существующими требованиями</p>	
7	<p>Наберите растворитель в шприц для смешивания. Возьмите стерильный одноразовый шприц и иглу для разведения емкостью 2 или 5 миллилитров. Такой шприц и иглу можно использовать только один раз. Введите иглу в отверстие вскрытой ампулы или флакона (через резиновую пробку), не касаясь места открытия ампулы, резиновой пробки и иглы. Тяните обратно поршень шприца, чтобы набрать весь объем растворителя из ампулы или флакона в шприц. Если необходимо, выпустите воздух из шприца</p>	
8	<p>Разведите вакцину. Введите иглу шприца, наполненного растворителем, в ампулу или флакон с вакциной, не касаясь места открытия ампулы, резиновой пробки и иглы. Поддерживая шприц между указательным и средним пальцами, надавите большим пальцем на поршень для того, чтобы растворитель из шприца попал во флакон или ампулу. Иглу отсечь от шприца с помощью иглоотсекателя. Использованный шприц сбросьте в емкость для сбора потенциально инфицированных отходов (класс Б3). Затем смешайте вакцину с растворителем, осторожно вращая флакон между ладонями, держа его в вертикальном положении</p>	
9	<p>Обращение с флаконами после разведения вакцины: отметьте на флаконе дату и час разведения вакцины, поместите флакон с разведенной вакциной в прорезь губчатой прокладки термосумки. Не допускайте воздействия солнечных лучей на флаконы. Пустые ампулы или флаконы из-под растворителя сбросьте в емкость для отходов класса А</p>	

**Алгоритм выполнения пункционной катетеризации
периферических вен и ухода за катетером**

№	Этапы	Обоснование
1	Проведите гигиеническую обработку рук	Удаление грязи и уничтожение транзитной флоры. Предупреждает распространение инфекции
2	Подготовьте оснащение для проведения процедуры	Обеспечивает четкое выполнение алгоритма. Избежание дополнительных действий во время проведения процедуры
3	Пригласите и получите согласие у пациента, объясните суть предстоящей процедуры (если пациент в сознании). Получить согласие родственника на проведение процедуры (если пациент без сознания)	Психологическая поддержка пациенту. Избежание нежелательных реакций со стороны пациента. Обеспечение соблюдения этических и юридических норм
4	Внимательно прочтите название и дозу лекарственного средства, приготовьте нужный раствор. Убедитесь в том, что больному назначено данное лекарство	Избежание ошибки введения другого лекарственного препарата
6	Посадить пациента на стул со спинкой и подлокотником с обрабатываемой поверхностью так, чтобы рука (предплечье, кисть) свободно лежала на поверхности	Избежание мышечного напряжения для удобства проведения процедуры
7	Если процедура у постели больного, положите руку больного на валик для создания удобства при проведении манипуляции	Избежание мышечного напряжения для удобства проведения процедуры
8	На подлокотник под предплечье положите чистую влаговпитывающую салфетку	Подложенный валик обеспечивает улучшенный доступ к вене. Салфетка необходима для впитывания случайно вытекшей жидкости (кровь, лекарственный раствор)
9	Визуально и путем пальпации определите и выберите место введения катетера	Определение вены для катетеризации
10	Наложите жгут на предплечье на 10 сантиметров выше предполагаемого места введения катетера, предварительно подложив под жгут салфетку (полотенце, рукав рубашки)	Обеспечение кровенаполнения сосудов. Подложенная салфетка (рукав рубашки) - для избежания защемления кожи
11	Проведите гигиеническую обработку рук, затем наденьте стерильные перчатки	Предупреждение микробной контаминации с рук медработника
12	Вскрыть упаковку катетера на стерильной поверхности освобождает катетер от колпачка	Соблюдение стерильности, предупреждение микробной

		контаминации
13	Обработайте место ввода катетера, одноразовой спиртовой салфеткой, круговыми движениями от центра к периферии до полного высыхания	Предупреждение микробной контаминации места введения катетера, с кожных покровов пациента
14	Указательным пальцем свободной руки оттянуть кожу ниже места прокола на 7-10 сантиметров	Облегчает прокол кожи
15	1 и 2 пальцами рабочей рукой возьмите катетер и срезом иглы вверх сделайте прокол и параллельно поверхности руки введите иглу в вену на 3-5 миллиметров. Убедитесь, что игла-стилет в вене. Освободите/расслабьте жгут	При срезе иглы, обращенным вниз, возможно присасывание катетера к стенке сосуда
16	Подложить под соединение Люэра стерильную салфетку (7,5×7,5 сантиметров)/стерильную спиртовую салфетку (>/<13,5×18,5 сантиметров)	Рекомендуется для впитывания салфеткой случайно вытекшей крови из катетера в момент удаления иглы-стилета
17	1-м и 2-м пальцами свободной рукой зафиксировать крылышки катетера	Предупреждение микробной контаминации с рук медицинского работника и профилактика катетер-ассоциированной инфекции кровотока (КАИК)
18	Одновременно 1 и 2 пальцами рабочей руки оттяните иглу-стилет назад на 5-6 миллиметра	Во избежание прокола вены иглой-стилетом
19	Рабочей рукой введите катетер в вену вплоть до канюли. Далее удалите иглу-стилет, затем закройте стерильной заглушкой соединение Люэра	Оставленная игла-стилет может проткнуть вену при движениях больного
20	Присоедините к инъекционному порту катетера шприц, наполненный физиологическим раствором, и введите 5,0 миллилитра раствора в вену	Проверка проходимости вены
21	Отсоедините шприц, придерживая крылышки катетера свободной рукой, и закройте стерильной заглушкой(*)	Во избежание попадания микроорганизмов в канюлю
22	Зафиксируйте катетер готовым одноразовым стерильным прозрачным пластырем так, чтобы вход иглы в вену был виден с прозрачной стороны пластыря (метод "штанишек")	Предупреждение микробной контаминации и профилактика катетер-ассоциированной инфекции кровотока (КАИК)
23	В педиатрическом профиле рекомендуется установленный катетер фиксировать стерильным прозрачным пластырем, поверх пластыря зафиксировать хлопчатобумажной пленкой/бинтом	Во избежание смещения катетера
24	После снятия перчаток проведите гигиеническую обработку рук. Использованные перчатки сбросьте в емкость для потенциально инфицированных отходов (класс Б3)	Предупреждение микробной контаминации с рук медработника. Безопасная сортировка медицинских отходов
25	На пластыре и в журнале зафиксируйте дату и время введения катетера	Ведение медицинской документации для принятия решения о смене или удалении катетера с указанием ФИО медицинского работника
26	Замена стерильного пластыря или удаление катетера проводится по назначению врача и клинических показаний с отметкой даты и времени	

удаления в журнале

(*) Запрещается повторное использование заглушек периферического катетера.

Приложение 16
к Инструкции по инфекционному
контролю в организациях
здравоохранения Кыргызской
Республики

Алгоритм выполнения пункционной катетеризации подключичных вен

№	Этапы	Обоснование
1	Вымойте руки или проведите гигиеническую обработку рук, соблюдая алгоритм	Удаление грязи и уничтожение транзиторной флоры. Предупреждает распространение инфекции. Предупреждение микробной контаминации с рук медработника
2	Подготовьте оснащение для проведения процедуры	Обеспечение четкого выполнения алгоритма. Избежание дополнительных действий во время проведения процедуры
3	Объясните пациенту/родственнику суть предстоящей процедуры (если пациент в сознании или без сознания)	Психологическая поддержка пациента
4	Получить согласие пациента/родственника на проведение процедуры (если пациент в сознании или без сознания)	Обеспечение соблюдения этических и юридических норм
5	Положите пациента на стол, головной конец которого опущен на 25 градусов. Пациент лежит на спине, руки вытянуты вдоль туловища. Поверните голову в противоположную сторону от места пункции. Чтобы область ключицы выступала над плечевой областью, под плечи подкладывают валик	Для облегчения доступа к подключичной вене. Внезапные движения пациента во время введения катетера может привести к ранениям
6	Положение оперирующего - стоя со стороны пункции. Предпочтительная сторона для проведения пункции - правая	Правая подключичная вена расположена медиальнее, в связи с чем находится дальше от плевры и легкого. Более прямое направление вены облегчает проведение катетера. В левый венозный угол впадает грудной лимфатический проток, возможность повреждения которого реальна
7	Проведите гигиеническую обработку рук, наденьте стерильные перчатки	Предупреждение микробной контаминации с рук медработника
8	Обработайте операционное поле (место предполагаемой пункции) дважды 1% раствором йодинола или йодоната, после чего протрите кожу 96% этиловым спиртом или другим	Предупреждение микробной контаминации места введения катетера с кожных покровов пациента

	разрешенным для этих целей антисептиком круговыми движениями от центра к периферии	
9	При необходимости используйте местную анестезию 0,5% раствором новокаина или другим разрешенным для этих целей анестетиком	Для обезболивания
10	Пункция подключичной вены: иглу вводят под углом 45° к ключице и 30° по отношению к коже на 1 см ниже ключицы, на границе между наружной и средней третью ключицы	Обеспечивает попадание иглы в русло вены и позволяет избежать прокол плевральной области
11	Проведение иглы и катетеризации: иглу продвигают позади ключицы, вдоль ее заднего края в направлении грудино-ключичного сочленения, держа шприц с иглой строго параллельно фронтальной плоскости тела. Во время введения в шприце поддерживают небольшое разряжение для определения момента попадания в вену. После успешной пункции вводят проводник, удаляют иглу, затем катетер вводят по проводнику, после чего проводник удаляется	Снижение опасности травмирования эндотелия и последующего тромбообразования
12	Зафиксируйте катетер готовым одноразовым стерильным прозрачным пластырем так, чтобы вход иглы в вене был виден с прозрачной стороны пластыря (метод "штанишек")	Предупреждение микробной контаминации и профилактика катетер-ассоциированной инфекции кровотока (КАИК), предотвращение смещения иглы в вене и обеспечение надежной фиксации катетера, допустима фиксация к коже шелковой лигатурой
13	После снятия перчаток проведите гигиеническую антисептику рук. Использованные перчатки сбросьте в емкость для потенциально инфицированных отходов (класс Б3)	Предупреждение микробной контаминации с рук медработника. Безопасная сортировка медицинских отходов
14	На видном месте пластыря зафиксируйте дату и время введения катетера	Для принятия решения о времени смены или удаления катетера
15	Зафиксируйте дату, время и место введения катетера в журнале	Ведение медицинской документации. Для принятия решения о смене или удалении катетера
16	Перевязку, замену или удаление катетера проводите по назначению врача	
17	После окончания инфузии сделайте гепариновый замок	Для предупреждения тромбообразования в катетере

Приложение 17
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Алгоритм ухода за подключичным катетером

№	Этапы	Обоснование
---	-------	-------------

1	Вымойте руки, соблюдая алгоритм мытья рук	Удаление грязи и транзитной флоры. Предупреждает распространение инфекции
2	Подготовьте оснащение для проведения процедуры	Избежание дополнительных действий во время проведения процедуры
3	Проведите гигиеническую обработку рук, наденьте стерильные перчатки	Предупреждение микробной контаминации с рук медработника
4	Обработайте кожу вокруг катетера 70% спиртовой стерильной салфеткой	Профилактика инфекций в месте входа катетера
5	Обработайте катетер с места входа снаружии новой стерильной 70% спиртовой салфеткой	Для удаления загрязнения вокруг катетера
6	Промойте физиологическим раствором 0,9% при помощи 5-миллилитрового шприца. Сделайте гепариновый замок	При затруднении промывания необходимо удалить данный катетер. Для предупреждения тромбообразования в катетере
7	Зафиксируйте катетер готовым одноразовым стерильным прозрачным пластырем так, чтобы вход иглы в вене был виден с прозрачной стороны пластыря (метод "штанишек")	Предупреждение микробной контаминации и профилактика катетер-ассоциированной инфекции кровотока (КАИК)
8	Закройте стерильной салфеткой и сверху зафиксируйте лейкопластырем	Предупреждение микробной контаминации и профилактика катетер-ассоциированной инфекции кровотока (КАИК)
9	Зафиксируйте дату и время перевязки катетера в журнале	Ведение медицинской документации. Для принятия решения о смене или удалении катетера
10	Замену прозрачных повязок проводить не чаще одного раза в неделю (исключение - повязка загрязнена или отошла), пока место введения не заживет	

Приложение 18
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Алгоритм действия при катетеризации мочевого пузыря у мужчин

№	Этапы	Обоснование
1	Вымойте руки, соблюдая алгоритм мытья рук	Удаление грязи и транзитной флоры. Предупреждает распространение инфекции
2	Подготовьте оснащение для проведения процедуры	Обеспечивает четкое выполнение алгоритма. Избежание дополнительных действий во

		время проведения процедуры
3	Пригласить пациента и объяснить суть предстоящей процедуры (если пациент в сознании и может ходить)	Психологическая поддержка пациенту. Избежание нежелательных реакций со стороны пациента
4	Получить согласие пациента на проведение процедуры (если пациент в сознании и может ходить)	Обеспечение соблюдения этических и юридических норм
5	Напомнить пациенту о необходимости подмывания перед процедурой. При невозможности самостоятельного подмывания перед процедурой - подмойте, используя нестерильные перчатки	Предупреждение микробной контаминации места введения катетера со слизистых и кожных покровов пациента. Соблюдение гигиены
6	Поставить ширму (в случае если в палате находятся другие пациенты)	Соблюдение этических норм. Избежание нежелательных психологических реакций со стороны пациента
7	Помогите пациенту принять удобное положение: попросите его лечь на спину, согнуть ноги в коленях и развести их	Избежание мышечного напряжения. Удобство проведения процедуры
8	Постелите клеенку с пеленкой, поставьте судно или мочеприемник	Во избежание разбрызгивания мочи во время процедуры и обсеменения объектов окружающей среды
9	Проведите гигиеническую обработку рук, наденьте нестерильные перчатки	Предупреждение микробной контаминации с рук медработника
10	Обхватите пальцами нерабочей руки пенис за головку и обнажите головку, оттянув крайнюю плоть	Фиксация головки во избежание механических повреждений. Обнажение головки улучшает доступ и позволяет избежать контаминации с крайней плотью
11	Обработайте правой рукой головку пениса вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала (уретры) ватным/марлевым тампоном, смоченным в одном из не спиртосодержащих антисептических растворов. Выбросите тампон в лоток для использованного материала	Предотвращение восходящей миграции микроорганизмов из периуретральной зоны, предотвращение контаминации катетера
12	Проведите гигиеническую обработку рук, наденьте стерильные перчатки	Предупреждение микробной контаминации с рук медработника
13	Возьмите в рабочую руку пинцетом катетер на расстоянии 3-5 сантиметра от слепого конца, а наружный конец удерживайте 4-5 пальцами этой же руки	Техника введения катетера
14	Дистальный конец катетера необходимо смазать стерильным смазочным материалом из одноразовой упаковки (глицерин/вазелин)	Облегчение продвижения катетера
15	Осторожно введите катетер в мочеиспускательный канал, постепенно продвигайте его по каналу, а пенис подтягивайте вверх, как бы натягивая его на катетер. Если при продвижении катетера возникает препятствие, успокойте пациента, посоветуйте расслабиться	Техника введения катетера
16	Стерильным шприцем через надувной канал введите	Уменьшение подвижности

	физиологический раствор для раздувания баллона фиксации. Если нет баллона для фиксации, закрепите катетер лейкопластырем	катетера в уретре и профилактика травматизации мочеиспускательного канала и мочевого пузыря
17	Опустите свободный конец катетера в мочеприемник или судно при появлении мочи. Мочеприемник должен находиться ниже уровня мочевого пузыря (не будет дренажа из-за силы тяготения) и выше уровня пола (восходящее загрязнение с пола)	Снижение риска контаминации сливного пакета, предотвращение рефлюкса мочи
18	После снятия перчаток проведите гигиеническую антисептику рук. Использованные перчатки сбросьте в емкость для потенциально инфицированных отходов (класс Б3)	Предупреждение микробной контаминации с рук медработника. Безопасная сортировка медицинских отходов
19	Осуществляйте наблюдение за функцией катетера: - при прекращении выделения мочи необходимо провести осмотр с целью исключения сдавления, перегиба, выпадения из уретры, инкрустации; - проверить проходимость катетера промыванием дезинфицирующим раствором; - при неэффективности промывания катетер необходимо заменить	Поддержание целостности системы для снижения риска развития катетер-ассоциированных инфекций мочевыводящих путей (КАИМП)

Приложение 19
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Алгоритм действия при катетеризации мочевого пузыря у женщин

№	Этапы	Обоснование
1	Вымойте руки, соблюдая алгоритм мытья рук	Удаление грязи и транзитной флоры. Предупреждает распространение инфекции
2	Подготовьте оснащение для проведения процедуры	Обеспечивает четкое выполнение алгоритма. Избегание дополнительных действий во время проведения процедуры
3	Пригласить пациента и объяснить суть предстоящей процедуры (если пациент в сознании и может ходить)	Психологическая поддержка пациента. Избегание нежелательных реакций со стороны пациента
4	Получите согласие пациента на проведение процедуры (если пациент в сознании и может ходить)	Обеспечение соблюдения этических и юридических норм
5	Напомните пациенту о необходимости подмывания перед процедурой. При невозможности самостоятельного подмывания перед процедурой - подмойте, используя нестерильные перчатки	Предупреждение микробной контаминации места введения катетера, со слизистых и кожных покровов пациента

6	Поставить ширму	Соблюдение этических норм. Избежание нежелательных психологических реакций со стороны пациента
7	Помогите пациенту принять удобное положение: попросите его лечь на спину, согнуть ноги в коленях и развести их	Избежание мышечного напряжения. Удобство проведения процедуры
8	Постелите клеенку с пеленкой, поставьте судно или мочеприемник	Во избежание разбрызгивания мочи во время процедуры и инфицирования объектов окружающей среды
9	Проведите гигиеническую обработку рук, наденьте нестерильные перчатки	Предупреждение микробной контаминации с рук медработника
10	Разведите первым и вторым пальцем большие и малые половые губы, обнажив наружное отверстие мочеиспускательного канала	Фиксация больших и малых половых губ во избежание механических повреждений. Обнажение половых губ улучшает доступ и позволяет избежать контаминации с них
11	Обработайте наружное отверстие мочеиспускательного канала (уретры) ватным шариком, смоченным в одном из не спиртосодержащих антисептических растворов. Выбросьте тампон в лоток для использованного материала	Предотвращение восходящей миграции микроорганизмов из периуретральной зоны, предотвращение контаминации катетера
12	Проведите гигиеническую обработку рук, наденьте стерильные перчатки	Предупреждение микробной контаминации с рук медработника
13	Возьмите в рабочую руку пинцетом катетер на расстоянии 3-5 сантиметров от слепого конца, а наружный конец удерживайте 4-5 пальцами этой же руки	Техника введения катетера
14	Дистальный конец катетера смазать стерильным смазочным материалом из одноразовой упаковки (глицерин/вазелин)	С целью облегчения продвижения катетера
15	Обнажите наружное отверстие мочеиспускательного канала	Улучшение доступа для введения катетера
16	Введите катетер в мочеиспускательный канал на 3-5 сантиметра осторожно, медленно. Если при продвижении катетера возникает препятствие, успокойте пациента, посоветуйте расслабиться	Мышечное напряжение препятствует свободному продвижению катетера
17	Стерильным шприцем через надувной канал введите физиологический раствор, для раздувания баллона фиксации. Если нет баллона для фиксации, закрепите катетер лейкопластырем	Для уменьшения подвижности катетера в уретре и профилактика травматизации мочеиспускательного канала и мочевого пузыря
18	Опустите свободный конец катетера в мочеприемник или судно при появлении мочи. Мочеприемник должен находиться ниже уровня мочевого пузыря (не будет дренажа из-за силы тяготения) и выше уровня пола (восходящее загрязнение с пола)	Снижение риска контаминации сливного пакета, предотвращение рефлюкса мочи
19	После снятия перчаток проведите гигиеническую антисептику рук. Использованные перчатки сбросьте в емкость для потенциально инфицированных	Предупреждение микробной контаминации с рук медработника. Безопасная сортировка медицинских

	отходов (класс Б3)	отходов
20	<p>Осуществляйте наблюдение за функцией катетера:</p> <ul style="list-style-type: none"> - при прекращении выделения мочи необходимо провести осмотр с целью исключения сдавления, перегиба, выпадения из уретры, инкрустации; - проверить проходимость катетера промыванием дезинфицирующим раствором; - при неэффективности промывания катетер необходимо заменить 	<p>Поддержание целостности систем снижает риск развития катетер-ассоциированных инфекций мочевыводящих путей (КАИМП)</p>

Приложение 20
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Длительность катетеризации мочевого пузыря при различных клинических случаях

№	Показания	Длительность катетеризации
1	Трансуретральная резекция простаты	До 5 дней, при отсутствии выраженной гематурии и сгустков
2	Пересадка почек	До 8 дней
3	Почечная недостаточность с олигоурией	Удалять немедленно, как только устранена причина
4	Полиурия	1-2 дня, >3 литров мочи в день
5	Задержка мочеиспускания	1-2 дня после общей и перидуральной анестезии; удалять немедленно, как только устранена причина обструкции
6	Недержание мочи	Удалять немедленно, как только устранена причина недержания
7	Гипотензия	1 день после стабилизации состояния сердечно-сосудистой системы и отмены вазопрессоров
8	Послеоперационный период (не урология)	1 день

Приложение 21
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Режимы обеззараживания различных объектов, потенциально инфицированных вирусами и не спорообразующими бактериями, в том числе микобактериями

- ДС** - дезинфицирующее средство;
ДВ - действующее вещество;
Д - дезинфекция;
ДВУ - дезинфекция высокого уровня;
ИМН - изделия медицинского назначения;
КПАВ - катионные поверхностно активные вещества;
КДВ - композиционные дезинфицирующие средства;
ОО - окончательная очистка;
ПСО - предстерилизационная очистка;
С - стерилизация;
ЧАС - четвертичные аммониевые соединения.

1. ОЗ должны применять ДС, в составе которого ДВ (химические вещества) должны входить 3-4 группу опасности. В особенности при проведении всех видов уборок. Хлор и его соединения относятся ко второй группе токсичности и опасности по отношению к человеческому организму и при контакте хлора и слизистыми оболочками происходит реакция, образуется соляная кислота, вызывающая отек легких, поражение кожных покровов, слизистой глаз и носа. ВОЗ, рекомендует не использовать хлор и его соединения для проведения регулярных, профилактических уборок и для обеззараживания ИМН. Однако в некоторых случаях для борьбы со вспышками и для уничтожения некоторых микроорганизмов на ИМН может быть целесообразным.

2. Любое ДС должно быть протестировано на *Mycobacterium terrae* кроме КПАВ.

3. Нужно всегда помнить, что ДС на основе КПАВ (производные гуанидина, ЧАС) и производные фенола, которые воздействуют избирательно на микроорганизмы, не обладают туберкулоцидным действием и не тестируются на *Mycobacterium terrae*.

4. ВНИМАНИЕ!!! ДС на основе ЧАС, производных гуанидина, алкиламинов, спиртов, фенолов, а также на основе в различной комбинации этих ДВ - не обладают спороцидным действием и не могут использоваться для химической стерилизации и режима ДВУ.

5. При проведении ПСО - не допускается использование ДС на основе (Д+ПСО) альдегиды, спирты, КПАВы (ЧАС, производные гуанидина (проявляет фиксирующее действие)).

6. ВНИМАНИЕ!!! Все ДС независимо от класса опасности, представляют для человеческого организма большой вред, поэтому любое действие по отношению к ДС, необходимо использовать средства индивидуальной защиты.

7. Кислород активные соединения, кислоты обладают коррозионным действием, поэтому внимательно нужно подбирать состав для дезинфекции инструментов из металла, обязательно должно быть наличие ингибиторов коррозии или другие альтернативные ДВ.

8. Всегда выбирая ДВ в ДС, необходимо учитывать не только качество обеззараживания, но и важно учитывать, чтобы данное ДВ не приносил вред объекту обеззараживания, тем самым ИМН не выходили из строя работы.

9. Все ДС в составе кроме основных ДВ, которые прописаны в таблице, имеют еще стабилизаторы, ингибиторы коррозии и другие вещества, которые являются как добавочные вещества и могут только улучшать свойство ДС и они всегда идут как второстепенные ДВ.

№	Объекты дезинфекции	Способ дезинфекции	Действующие вещества в дезинфицирующих средствах(**)	Концентрация, %	Экспозиция, минуты
1	Изделия медицинского назначения: 1) из металла (критический)	Замачивание в одном из дезинфицирующих растворов с последующим	ДВ в ДС, предназначенные для дезинфекции: 1) КДВ на основе КПАВ(1) +	Согласно инструкции производителя	Согласно инструкции производителя

<p>инструментарий - хирургический, стоматологический и др.); 2) не выдерживающие высокую температуру (критический, полукритический инструментарий); изделия медицинского назначения из полимерных материалов, резины, стекла</p>	<p>полосканием. Полное погружение</p>	<p>нуклеиновые кислоты, КПАВ + органические кислоты и КПАВ + надкислоты + стабилизаторы + ингибиторы коррозии; 2) на основе КПАВ; 3) третичные алкиламины. Фтизиатрический профиль - КДВ на основе: 1) производных фенола + кислородоактивных + стабилизаторы + ингибиторы коррозии; 2) КПАВ + кислородоактивных, органических кислот + стабилизаторы + ингибиторы коррозии; 3) третичные алкиламины. Инфекционный профиль - спороцидное действие 1) кислородоактивные + стабилизаторы + ингибиторы коррозии; 2) КДВ КПАВ + альдегиды Микологический профиль - КДВ на основе: 1) производные фенола + кислородоактивные действующие вещества + стабилизаторы +</p>		
--	---	--	--	--

			<p>ингибиторы коррозии;</p> <p>2) кислородактивные + третичные алкиламины + стабилизаторы + ингибиторы коррозии.</p> <p>Инфекции неясного генеза - КДВ антимикробного, вирулицидного, спороцидного действия</p>		
2	ИМН, не выдерживающие высокую температуру (некритические предметы)	2-х кратное протирание	<p>ДС на основе:</p> <ul style="list-style-type: none"> - форсированная перекись; - спирт этиловый; - спирт пропиловый; - КПАВ <p>(Обращать внимание на материал ИМН и профиль ОЗ)</p>	Согласно инструкции производителя	Согласно инструкции производителя
3	Предстерилизационная очистка (ПСО)	Механическая дезинфекция (мытьё). Полное погружение	<p>1. Средства/растворы, предназначенные только для ПСО после Д с малопенящим эффектом: ферменты, кислородактивные + стабилизаторы + ингибиторы коррозии соединения, электрохимические и активированные растворы.</p> <p>2. Средства/растворы, предназначенные для Д + ПСО - это КДВ на основе КПАВ +</p>	Согласно инструкции производителя	Согласно инструкции производителя

			кислородактивные + стабилизаторы + ингибиторы коррозии + ферменты КДВ на основе КПАВ + надкислоты + ферменты + стабилизаторы + ингибиторы коррозии		
4	Режим ДВУ (химическая стерилизация) ИМН и эндоскопического оборудования	Замачивание с последующим полосканием в стерильной воде. Полное погружение	ДС эффективные против микроорганизмов ранг А-Б и 1, 2, 3 класс - это ДС на основе только: 1) альдегидов; кислородактивных соединений + стабилизаторов + ингибиторов коррозии. Независимо от профиля ОЗ	Согласно инструкции производителя	Согласно инструкции производителя
5	Поверхности гемодиализных аппаратов	Протирание	Кислородактивные соединения + стабилизаторы + ингибиторы коррозии	Согласно инструкции производителя	Согласно инструкции производителя
6	Внутренняя дезинфекция гемодиализных аппаратов	Согласно режиму прописанному для дезинфекции аппарата	Органические кислоты + стабилизаторы + ингибиторы коррозии	Согласно инструкции производителя	Согласно инструкции производителя
7	При предварительной, текущей, профилактической, заключительной и генеральной дезинфекции - поверхности в помещениях (пол, стены, двери), мебель, медицинское оборудование, рабочий стол, индивидуальные шкафы в операционной,	Протирание/орошение	ДС предназначенные для Д; композиционные ДВ 1) КДВ на основе КПАВ + нуклеиновых кислот, КПАВ + органических кислот и КПАВ + надкислоты + стабилизаторы + ингибиторы коррозии + ПАВ; 2) на основе	Согласно инструкции производителя	Согласно инструкции производителя

<p>процедурной, перевязочной, манипуляционные кабинеты палаты</p>		<p>КПАВ + ПАВ; 3) третичные алкиламины. Фтизиатрический профиль - КДВ на основе: 1) производных фенола + кислородактивных соединений (не в присутствии пациентов) + стабилизаторы + ингибиторы коррозии + ПАВ; 2) КПАВ + кислородактивных соединений, органических кислот + стабилизаторы + ингибиторы коррозии + ПАВ; третичные алкиламины Инфекционный профиль - спороцидное действие: 1) кислородактивные + стабилизаторы + ингибиторы коррозии + ПАВ; 2) альдегиды + КПАВ (не в присутствии пациентов) + ПАВ. Микологический профиль - КДВ на основе: 1) производного фенола + кислородактивных соединений (не в присутствии пациентов) + стабилизаторы + ингибиторы коррозии + ПАВ;</p>		
---	--	--	--	--

			2) кислородактивные соединения + третичные алкиламины + стабилизаторы + ингибиторы коррозии + ПАВ. Инфекции неясного генеза - КДВ антимикробного, вирулицидного, спороцидного действия		
8	Для дезинфекции небольших по площади, а также труднодоступных поверхностей	Протирание	КДВ на основе: 1) спиртов с другими + КПАВ при этом обработке подлежит не более 10% от общей площади поверхности помещения; для обработки способом протирания небольших по площади поверхностей используют дезинфицирующие салфетки	Согласно инструкции производителя	Согласно инструкции производителя
9	Защитная одежда персонала (халаты, шапочки, маски, косынки, халаты и др.), белье больного (обеззараживание белья проводится при загрязнении биологическими выделениями)	1) небольшой участок - обеззараживаем до 3% перекисью водорода последующей стиркой и полосканием; большой участок - обеззараживаем до 3% перекисью водорода, замачиваем в одном из ДС с последующей стиркой и полосканием	ДС на основе: 1) неорганическое соединение; ЧАС и композиций на их основе с последующим тщательным ополаскиванием	Согласно инструкции производителя	Согласно инструкции производителя
10	Стоматологические наконечники,	Согласно режиму прописанной для	1) в зависимости от профиля ОЗ:	Согласно инструкции	Согласно инструкции

	медицинское оборудование с особыми требованиями к режиму обеззараживания, высокотехнологичные медицинские приборы(2)	дезинфекции аппарата	фтизиатрия - протестировано на <i>Mycobacterium terrae</i> , вирулицидный, фунгицидный, бактерицидный (таблица 3); важно, учитывать материал ИМН	производитель	производитель
1 1	Оттисные материалы: - силиконовый; - альгинатный; - полисульфидный	Замачивание с последующим полосканием. Полное погружение	1) органические кислоты; кислородоактивные + стабилизаторы + ингибиторы коррозии	Согласно инструкции производителя	Согласно инструкции производителя
1 2	Посуда лабораторная (пипетки, пробирки, колбы, чашки Петри, мазки-отпечатки, гребенки для сушки культур, шприцы и др.)	Замачивание в одном из дезинфицирующих растворов. Полное погружение	ДС на основе: 1) неорганическое соединение хлора; третичные алкиламины	Согласно инструкции производителя	Согласно инструкции производителя
1 3	Посуда больного	Погружение в дезинфицирующий раствор с последующим тщательным ополаскиванием горячей водой	Вне зависимости от профиля ОЗ: вирулицидный, фунгицидный, бактерицидный: кислородактивные, третичные алкиламины. (Таблица 3) НЕОРГАНИЧЕСКИЕ СОЕДИНЕНИЯ ХЛОРА фтизиатрия - протестировано на <i>Mycobacterium terrae</i>	Согласно инструкции производителя	Согласно инструкции производителя
1 4	Бактериологические посеы	Погружение	КДВ на основе: 1) КПАВ + альдегиды; неорганические соединения хлора	Согласно инструкции производителя	Согласно инструкции производителя
1 5	Резиновые пробки, груши для пипетирования материала	Погружение	КДВ на основе: 1) КПАВ + альдегиды; неорганические	Согласно инструкции производителя	Согласно инструкции производителя

			соединения хлора		
1 6	Металлические ящики, садки, бочки из-под вскрытых животных и орудия лова	Погружение	КДВ на основе: 1) КПАВ + альдегиды; неорганические соединения хлора	Согласно инструкции производителя	Согласно инструкции производителя
1 7	Инструменты после вскрытия лабораторных животных	Замачивание в одном из дезинфицирующих растворов с последующим промыванием и мытьем	КДВ на основе: 1) альдегиды + КПАВ; кислородактивные + КПАВ + стабилизаторы + ингибиторы коррозии	Согласно инструкции производителя	Согласно инструкции производителя
1 8	Выделения больного: мокрота, оформленные фекалии, смешанные с мочой или водой, жидкие фекалии, рвотные массы, кровь, части органов	Засыпать и размешать	Неорганические соединения хлора	Согласно инструкции производителя	Согласно инструкции производителя
1 9	Моча, жидкость после ополаскивания зева, смывные воды	Залить, засыпать и размешать	Неорганические соединения хлора	Согласно инструкции производителя	Согласно инструкции производителя
2 0	Посуда из-под выделений больного (горшки, подкладные судна, мочеприемники)	Замачивание в одном из дезинфицирующих растворов с последующим мытьем	Неорганические соединения хлора	Согласно инструкции производителя	Согласно инструкции производителя
2 1	Санитарно-техническое оборудование (раковины, унитазы, душевые и др.)	Протирание ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе	Неорганические соединения хлора	Согласно инструкции производителя	Согласно инструкции производителя
2 2	Уборочный инвентарь	Замачивание в одном из дезинфицирующих растворов с последующей стиркой	Неорганические соединения хлора	Согласно инструкции производителя	Согласно инструкции производителя
2 3	Дезинфекция 1) оборудования (центрифуги, холодильники, плазмозекстракторы,	Протирание/мытьё ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе	Пероксиуксусная кислота 2,25-2,275 г/л + перекись водорода 40,00-	Согласно инструкции производителя	Согласно инструкции производителя

весы, разновесы, стойки для подвешивания гемоконтейнеров); Пищевая, молочная промышленность, бассейны		50,00 г/л. Ингибиторы коррозии, стабилизаторы		
--	--	--	--	--

Примечания:

(*) - режимы дезинфекции и процентное содержание готового рабочего раствора определяется согласно профилю ОЗ и инструкции производителя;

(**) - в качестве дезинфицирующих средств могут быть использованы другие не указанные в таблице 15 дезинфицирующие средства имеющие в комплекте индикаторы для определения процентного (%) соотношения рабочего раствора, разрешенные для этих целей в Кыргызской Республике, в соответствии с инструкцией производителя. Дезинфицирующие средства, используемые в медицинских учреждениях, должны иметь сертификат в соответствии ISO 9001 и ISO 1348.

(1) КПАВ - Катионные поверхностно-активные вещества, к этой группе относятся 17 химических веществ, все эти вещества расписаны в Приложении 22.

(2) Стоматологические наконечники проводятся согласно этапам обработки наконечников.

Приложение 22
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Перечень дезинфицирующих веществ (ДВ), входящих в состав средств дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации

№	Наименование вещества	Область применения
Катионные поверхностно-активные вещества		
1	Алкилдиметилбензиламмоний хлорид (АДБАХ С12-С18)	1. Для обработки поверхностей, текущая, профилактическая уборка. Имеют бактерицидную, избирательно вирулицидную (вирусы ранга Г 2 класс) и фунгицидную активность. Смотря на профиль больницы, если фтизиатрическая ОЗ - протестировано на микобактериум Терра, кожен-трихофитиум, если подозрение на споры, применять спороцидные ДС. 2. Для дезинфекции инструментов из металла. Важно помнить если: Специализированный профиль - в специализированных медицинских организациях (отделениях) инфекционного профиля (туберкулезных, микологических, инфекционных и др.) используют средства, эффективные в отношении соответствующих видов микроорганизмов: 1) в туберкулезных - обладающие туберкулоцидным действием с указанием в инструкции по применению, что

		<p>средство тестировано на <i>Mycobacterium terrae</i>;</p> <p>2) в микологических - обладающие фунгицидным действием в отношении грибов рода <i>Trichophyton</i>;</p> <p>3) инфекционные - обладающие бактерицидным, вирулицидным, фунгицидным действием (в соответствии с профилем медицинской организации).</p> <p>В случае госпитализации в инфекционное отделение больного с неясным диагнозом, для текущей дезинфекции до установления диагноза выбирают средства с широким спектром антимикробной активности - бактерицидной (при подозрении на туберкулез - туберкулоцидной), вирулицидной, фунгицидной (в отношении грибов рода <i>Candida</i>).</p> <p>После установления диагноза - в соответствии с видовой принадлежностью возбудителя</p>
2	Алкилдиметилбензиламмоний хлорид (АДБАХ С12-С16)	
3	Алкилдиметилбензиламмоний хлорид (АДБАХ С12-С14)	
4	Алкидиметилэтиламмоний этилсульфат	
5	Алкилдиметил (этилбензил) аммоний хлорид (АДЭБАХ С12-С14)	
6	N, N-бис (3-аминопропил) додециламин (триамин)	
7	N-децил-N-изононил-N-N-диметиламмоний хлорид	
8	Дидецилдиметиламмоний хлорид (ДДАХ)	
9	Дидецилметилполи (оксиэтил) аммоний пропионат	
10	Диоктилдиметиламмоний хлорид	
11	Октенидин дигидрохлорид	
12	Полигексаметиленбигуанид гидрохлорид (ПГМБ, со средней молекулярной массой 1415 г/моль)	
13	Полигексаметиленбигуанид гидрохлорид (ПГМБ, со средней молекулярной массой 1600 г/моль)	
14	Полигексаметиленгуанидин гидрохлорид	
15	Хлоргексидина биглюконат	
16	Цетилпиридиний хлорид	
Вещества, являющиеся источником активного хлора, диоксида хлора и т.п.		

17	Гипохлорит лития	Для дезинфекции выделений человека (фекалии, моча, мокрота, рвотные массы, кровь и др.), остатков пищи, смывных вод, посуды из-под выделений, контейнеров для сбора медицинских отходов целесообразно использовать ДС, содержащие в качестве ДВ неорганические соединения хлора. Неорганические соединения хлора обладают способностью гомогенизировать органические вещества с экзотермической реакцией, что способствует более эффективному проникновению хлора вглубь субстрата и контакту с микроорганизмами. По этой же причине хлорсодержащие соединения являются лучшими для дезинфекции медицинских отходов, которые обычно загрязнены органическими веществами
18	Гипохлорит кальция	
19	Гипохлорит натрия	
20	Диоксид хлора	
21	1,3-дихлор 5,5-диметилгидантион (дихлорантин) органика	
22	Дихлороизоциануровой кислоты натриевая соль (Na-ДХЦК) органика	
23	Дихлороизоциануровой кислоты натриевая соль, дигидрат (Na-ДХЦК·H ₂ O) органика	
24	Трихлороизоциануровая кислота (ТХЦК) органика	
25	Хлор	
26	Хлорамин Б органика	
27	Хлорамин Т органика	
Вещества, являющиеся источником перекиси водорода, активного кислорода и кислот т.п.		
28	Надмуравьиная кислота	Имеют бактерицидную, вирулицидную, фунгицидную, спороцидную активность. Предназначены для ДВУ, холодной стерилизации, но избирательно относятся к ИМН, которые изготовлены из разного материала, чтобы не повредить
29	Надуксусная кислота	
30	Перборат натрия	
31	Перекись водорода	
32	Перкарбонат натрия	
33	Пероксигидрат мочевины	
34	Пероксимоносульфат калия	
Неорганические и органические кислоты		
35	Лимонная кислота	Имеют бактерицидную, вирулицидную, фунгицидную, спороцидную активность. Предназначены для ДВУ, холодной стерилизации, но избирательно относятся к ИМН, которые изготовлены из разного материала, чтобы не повредить
36	Молочная кислота	
37	Монохлоруксусная кислота	
38	Муравьиная кислота	
39	Салициловая кислота	
40	Фосфорная кислота	
41	Янтарная кислота	
Производные фенола		
42	3-Метил-4-хлорфенол	Обладают бактерицидным, в том числе туберкулоцидным, фунгицидным и избирательным вирулицидным действием. Однако не все производные фенола обладают широким спектром антимикробного действия. Например, триклозан эффективен только против бактерий (кроме микобактерий туберкулеза). Органические загрязнения снижают активность производных фенола в меньшей степени, чем других ДВ. ДС на основе фенола недостаточно эффективны против
43	3-Метил-4-хлорфенола натриевая соль	
44	Триклозан (2,4,4-трихлоро-2-гидрооксифениловый эфир)	
45	2-Фенилфенол	
46	2-Фенилфенола натриевая соль	

47	2-Феноксипропанол	гидрофильных вирусов и инактивируют их в высоких концентрациях. Однако, в сочетании с другими ДВ, в частности со спиртами, активность производных фенола может усиливаться
48	2-Феноксиэтанол	
Спирты		
49	1,3-Бутандиол	Спирты могут комбинироваться практически со всеми ДВ (ЧАС, производные гуанидина, йод, органические кислоты, перекись водорода, производные фенола). ДС на основе спиртов, как правило, выпускаются в виде готовых к применению растворов, которые используются в качестве кожных антисептиков. Спиртосодержащие ДС применяют также для обеззараживания небольших по площади поверхностей способами орошения или протирания (не более 10% от общей площади помещения)
50	1-пропанол	
51	2-пропанол	
52	Этанол	
Альдегиды		
53	Глиоксаль	Имеют бактерицидную, вирулицидную, фунгицидную, спороцидную активность. Предназначены для ДВУ, холодной стерилизации. Но избирательно относятся к ИМН, которые изготовлены из разного материала, чтобы не повредить
54	Глутаровый альдегид	
55	Ортофталевый альдегид	
56	Формальдегид	
57	Янтарный альдегид	
Ферменты		
58	Протеаза, липаза, амилаза	Применяют для предстерилизационной очистки медицинских изделий. Средства, содержащие ферменты применяют для предварительной и предстерилизационной очистки медицинских изделий, окончательной очистки эндоскопов. Ферменты могут входить в состав композиционных дезинфицирующих средств, рекомендованных в одном процессе для дезинфекции и предстерилизационной очистки медицинских изделий

Приложение 23
к Инструкции по инфекционному
контролю в организациях
здравоохранения Кыргызской
Республики

**Таблица антимикробной активности химических веществ
по результатам отечественных и зарубежных
исследований**

(+ активные; ± не все активные; - не активные)

Микроорга низмы, ранги, классы	Химические вещества							
	Хлоракт ивные	Кислорода ктивные	Альде гиды	Третич ные алкила мины	Четверт ичные аммони евые соедине ния	Полиме рные и мономер ные произв одные гуаниди	Спи рты	Произв одные фенола

						на гидрохл орид		
Споры бактерий	±	+	+	-	-	-	-	-
Микобактерии	±	+	+	+	-	-	+	±
Бактерии	+	+	+	+	+	+	+	+
Грибы дрожжеподобные	+	+	+	+	+	+	+	±
Грибы плесневые	+	+	+	+	+	+	-	±
Вирусы ранга Г (класс 2)	+	+	+	+	±	±	±	-
Вирусы рангов Д и Е (класс 2) Вирусы ранга И (класс 3)	+	+	+	+	+	+	+	±

Приложение 24
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Расчет концентрации ДВ в рабочих растворах средств

Концентрацию ДВ в растворе средства при известной концентрации раствора по препарату рассчитывают по следующей формуле:

$$X = \frac{(C \times M)}{100}$$

где:

X - искомая концентрация ДВ в рабочем растворе, %;

C - концентрация рабочего раствора по препарату, приведенная в инструкции по применению, %;

M - количество ДВ в средстве (%), указанное в инструкции по применению.

Примечание: в инструкциях по применению средств концентрации рабочих растворов приведены по препарату (количество средства в растворе в граммах, рассчитанное в %) и/или по ДВ (т.е. по количеству или нескольким ДВ, если они из одной химической группы, %).

Примеры расчета концентрации ДВ в рабочих растворах средств

Пример 1. Концентрация ДВ в средстве (М) - 25%, концентрация рабочего раствора по препарату (С) - 0,5%. Для получения искомой концентрации (Х) необходимо выполнить следующие вычисления:

$$(25 \times 0,5) / 100 = 0,125\%$$

Таким образом, концентрация ДВ в рабочем растворе равна 0,125%.

Если средство содержит несколько ДВ (например, полимерное производное гуанидина и ЧАС), то сначала рассчитывается концентрация по каждому ДВ, а потом эти концентрации суммируются.

Пример 2. Концентрация одного ДВ (М1) в средстве - 25%, концентрация рабочего раствора по препарату (С1) - 0,5%, другого ДВ (М2) - 4%, при концентрации рабочего раствора по препарату (С2) - 0,5%. Тогда:

$$X_1 = (25 \times 0,5) / 100 = 0,125\%, \text{ а } X_2 = (4 \times 0,5) / 100 = 0,02\%$$

Итоговая суммарная концентрация двух ДВ в рабочем растворе равна $0,125 + 0,02 = 0,145\%$

Емкость имеет крышку и ванну с перфорированным поддоном. Может применяться с концентрированными и готовыми препаратами.

На крышке ванны имеется таблица для записей произведенной обработки, а также таблицы дозирования для проведения правильной дезинфекции. Произведена из полимерных материалов. Дезинфекционная ванна устойчива к дезинфицирующим средствам и горячей воде. Объем от 3 до 50 л. (300 × 190 × 115 мм).

Приложение 25
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Этапы предстерилизационной очистки

№	Этапы очистки	Температура раствора, °С	Экспозиция	Применяемое оборудование
1	Замачивание в моющем растворе при полном погружении	Исходная температура комплекса +50 °С. Согласно инструкции производителя моющего средства		Бачок, ванна, раковина
2	Мойка каждого изделия, не вынимая его, в моющем растворе при помощи ерша или ватно-марлевого тампона	-	Не менее 30 секунд	Бачок, ванна, раковина
3	Ополаскивание под проточной водой	-	10 минут	Ванна, раковина с устройством для струйной воды
4	Споласкивание дистиллированной водой	-	Не менее 30 секунд	Бачок, ванна
5	Сушка горячим воздухом	+85°	До полного исчезновения	Сушильный шкаф

			влаги	
--	--	--	-------	--

Примечание: Моющий раствор допускается применять до его загрязнения (до появления розовой окраски, что свидетельствует о загрязнении раствора кровью, или помутнения) или согласно инструкции производителя.

Приложение 26
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Паровой метод стерилизации (водяной насыщенный пар под избыточным давлением)

Режим стерилизации			Применяемость	Условия проведения стерилизации	Срок сохранения стерильности	Применяемое оборудование
Давление пара в камере МПа (кгс/см ²)	Температура, °С	Экспозиция, минуты				
0,20 + 0,02 (2,0 + 0,2)	132 + 2	20 + 2	Для изделий из коррозионно стойких металлов, стекла, изделий из текстильных материалов, резин	Стерилизацию проводят в: - стерилизационных коробках без фильтров; - стерилизационных коробках с фильтром,	1 сутки в: - стерилизационных коробках с фильтром после вскрытия; 3 суток в: -	Паровой стерилизатор (автоклав)
0,11 + 0,02 (1,1 + 0,2)	120 + 2	45 + 3	Для изделий из резин, латекса и отдельных полимерных материалов (полиэтилена высокой плотности, ПВХ - пластикаты)	коробках с фильтром, или в двойной мягкой упаковке из бязи, или пергамент, бумаге мешочной непропитанной, бумаге мешочной влагостойкой, бумаге упаковочной высокопрочной, бумаге крепированной, бумаге	- стерилизационных коробках без фильтра в двойной мягкой упаковке из бязи или пергамент, бумаге мешочной непропитанной, бумаге мешочной влагостойкой, бумаге упаковочной высокопрочной	

				двухслойной крепированно й, термозапячн ой многослойной упаковке	й, бумаге крепированно й, бумаге двухслойной крепированно й; 20 суток в: - стерилизацио нных коробках с фильтром без вскрытия; 30 суток в: - термозапячн ой многослойной упаковке без вскрытия в закрытых медицинских шкафах/УФБ боксах	
--	--	--	--	--	--	--

Приложение 27
к Инструкции по инфекционному
контролю в организациях
здравоохранения Кыргызской
Республики

Воздушный метод стерилизации (сухой горячий воздух)

Режим стерилизации		Применяемос ть	Условия проведения стерилизаци и	Срок сохранения стерильности	Применяемо е оборудован ие
Температур а, °С	Экспозици я, минуты				
180 + 2	60 + 5	Для изделий из стекла	Стерилизаци и подвергают сухие изделия. Стерилизаци ю проводят в упаковке из бумаги мешочной непропитанно й, бумаги мешочной влагостойкой, бумаги	3 суток - в бумаге мешочной непропитанной, бумаге мешочной влагостойкой, бумаге упаковочной высокопрочной, бумаге крепированной, бумаге двухслойной крепированной; изделия,	Воздушный стерилизатор (сухожаровой шкаф)
160 + 2	150 + 5				

			упаковочной высокопрочной, бумаги крепированной, бумаги двухслойной крепированной или без упаковки (в открытых емкостях)	простерилизованные без упаковки, должны быть использованы непосредственно после стерилизации	
--	--	--	--	--	--

Приложение 28
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Низкотемпературный метод стерилизации (химический)

Стерилизующий агент(*)	Доза газа, мг/дм ³	Режим стерилизации		Относительная влажность	Экспозиция, минуты	Объекты стерилизации	Условия проведения стерилизации
		Давление кг/см ² миллиметров	Температура, °С				
Окись этилена	1000	0,55 412	Не менее 18	Не менее 80	960 + 5	Оптика, кардиостимуляторы. Изделия из полимерных материалов, стекла и металлов. Пластмассовые магазины к сшивающим аппаратам. Эндоскопическое и лапороскопическое оборудование и другие	Стерилизацию проводят в термозапаечной полипропиленовой многослойной упаковке. Срок хранения стерильных изделий - 30 суток, без вскрытия (при условии хранения в шкафу)
Перекись водорода(1)							

Примечание:

* - после стерилизации парами смеси ОБ необходимо проведение дегазации изделий в вентилируемом помещении в течение: 1 суток - для изделий из стекла, металлов; 5-13 суток - для изделий из пластмасс и резин; 14 суток - для всех изделий, имеющих длительный контакт (свыше 30 мин.) со слизистыми оболочками; тканями, кровью; 20 суток - для изделий из полимерных материалов, используемых для детей.

(1) Плазменный стерилизатор - это высокотехнологичное оборудование для быстрой и бережной стерилизации на основе водного раствора пероксида водорода, а также низкотемпературной плазмы (ионизированный газ, образующийся при низком давлении). Он позволяет стерилизовать любые медицинские изделия, от полых инструментов до кабелей, электроприборов, к которым в ряде случаев вообще не удастся применить ни один из известных методов стерилизации.

Приложение 29
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Алгоритм действий персонала ОЗ при возникновении аварийных ситуаций во время проведения всех видов манипуляций на рабочем месте, а также при обращении с медицинскими отходами (МО)

Аварийные ситуации - это повреждение кожных покровов (уколы/порезы и др.) или попадание биологических жидкостей на слизистые во время проведения медицинских процедур. А также розлив (россыпь) инфицированных биологических жидкостей на поверхность, а также при транспортировке медицинских отходов.

№	Вид аварийной ситуации	Шаг 1	Шаг 2	Шаг 3	Шаг 4	Шаг 5	Шаг 6
1	При ранениях иглами или другими остроколющими инструментами	Промыть раневую поверхность под струей проточной воды (несколько минут или пока кровотечение не прекратится), чтобы дать крови свободно вытекать из раны	Нельзя использовать сильнодействующие средства: спирт, отбеливающие жидкости и йод, так как они могут вызвать раздражение раневой поверхности и ухудшить состояние раны	Нельзя сдавливать или тереть поврежденное место. Нельзя выдавливать кровь из ранки, оставшейся от укола	Заклеить поврежденный участок лейкопластырем, надеть напальчник (в случае пореза). Обеспечить введение иммуноглобулина против вируса гепатита В (ИГТВ)	Провести ПКП и заполнить бланк "Акт об аварийном случае на рабочем месте". Согласно клинического протокола по ВИЧ-инфекции	Поставить в известность ответственного лицо, зарегистрировать данный случай в журнале аварийных ситуаций
2	При разбрызгивании крови или других	Немедленно промыть загрязненный	Нельзя тереть место контакта	Нельзя накладывать повязку	Поставить в известность ответственного лицо, зарегистрир		

	биологических жидкостей на неповрежденные кожные покровы	участок с мылом и водой и высушить одноразовым полотенцем			овать данный случай в журнале аварийных ситуаций		
3	<p>При разбрызгивании крови или других биологических жидкостей на слизистые оболочки (глаз, носа) или на поврежденные кожные покровы</p> <p>При попадании биологической жидкости на слизистую ротовой полости</p>	<p>Сразу промыть глаза, нос или поврежденные кожные покровы водой или физиологическим раствором</p> <p>Немедленно выплюнуть жидкость</p>	<p>При использовании контактных линз, во время промывания их не снимать, так как они создают защитный барьер;</p> <p>После того как промыли глаза, контактные линзы нужно снять и сбросить в класс Б</p> <p>Тщательно прополоскать рот водой или физиологическим раствором и снова выплюнуть. Повторить полоскание несколько раз</p>	<p>Нельзя промывать глаза с мылом или антисептическим раствором. Нельзя использовать сильнодействующие средства: спирт, отбеливающие жидкости и йод, так как они могут вызвать раздражение пораженной поверхности</p>	<p>Обеспечить введение иммуноглобулина против вируса гепатита В (ИГГВ). Поставить в известность ответственное лицо, зарегистрировать данный случай в журнале аварийных ситуаций</p>	<p>Провести ПКП и заполнить бланк "Акт об аварийном случае на рабочем месте". Согласно клиническому протоколу по ВИЧ-инфекции</p>	<p>Поставить в известность ответственного лицо, зарегистрировать данный случай в журнале аварийных ситуаций</p>
4	При проливах крови или другой биологической жидкости на рабочую поверхность	Надеть средства индивидуальной защиты: техническое перчатки, фартук, лицевой	Участок пролива накрыть влагопоглощающим материалом (бумажными салфетками или ветошью)	Удалить влагопоглощающий материал в ту же емкость или ПП пакет для инфицированных	Поставить в известность ответственное лицо, зарегистрировать данный случай в журнале аварийных		

	сть, пол	щиток или очки	дезинфицирующим раствором, соблюдая концентрацию (%) и экспозицию (мин.), согласно инструкции производителя	отходов и отправить на обеззараживание в пункт обеззараживания (автоклавиования) ОЗ	ситуаций		
5	Действия при разливе/россыпи инфицированных отходов при транспортировке внутри ОЗ	Надеть средства индивидуальной защиты: техническое перчатки, фартук, лицевой щиток или очки	Осторожно собрать рассыпанные инфицированные отходы в специально предназначенную и маркированную емкость с плотно закрывающейся крышкой или пакет для инфицированных отходов (можно в ту же емкость из которой пролилось/рассыпалось, при условии целостности емкости)	При сборе использовать веник и совок, которые в дальнейшем можно будет продезинфицировать	Участок пролива накрыть влагопоглощающим материалом (бумажными салфетками или ветошью) с дезинфицирующим раствором, соблюдая концентрацию (%) и экспозицию (мин.), согласно инструкции производителя	Удалить влагопоглощающий материал в ту же емкость или ПП пакет для инфицированных отходов и отправить на обеззараживание в пункт	Поставить в известность ответственного лица, зарегистрировать данный случай в журнале аварийных ситуаций
6	Розлив медицинских отходов, нарушение герметичности мешка с опасными отходами и др.	Удалить людей из зоны, подверженной чрезвычайной ситуации и отвести их в безопасное место	Если розлив удалить самостоятельно невозможно, то изолировать данное помещение/зону, вывесить предупредительный знак	Если розлив можно удалить самостоятельно, принять необходимые меры с применением индивидуальных средств защиты	Поставить в известность ответственного лица, зарегистрировать данный случай в журнале аварийных ситуаций		
7	Действия при разливе/россыпи	Надеть средства индивидуальной	Осторожно собрать рассыпанные инфицирован	При сборе использовать веник и совок,	Участок разлива/россыпи продезинфи	Поставить в известность	

инфицированных отходов при транспортировке на улице	защиты: техническое перчатки, фартук, лицевой щиток или очки	ные отходы в специально предназначенную и маркированную емкость с плотно закрывающейся крышкой или пакет для инфицированных отходов (можно в ту же емкость из которой пролилось/рассыпалось, при условии целостности емкости)	которые в дальнейшем можно будет продезинфицировать	цировать ДС соблюдая концентрацию (%) и экспозицию (мин.), согласно инструкции производителя	ответственное лицо, зарегистрировать данный случай в журнале аварийных ситуаций
---	--	---	---	--	---

Приложение 30
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Алгоритм проведения постконтактной профилактики (ПКП) для медицинских работников

В случае возникновения аварийной ситуации у медицинского работника (повреждение кожи инструментом, загрязненным кровью, попадание потенциально опасного биологического материала на слизистую оболочку или на кожу) необходимо:

1. Оказать первую помощь:

1) при ранении иглой или другим острым инструментом:

- сразу вымыть поврежденное место с мылом;

- поддержать раневую поверхность под струей проточной воды (несколько минут или пока кровотечение не прекратится), чтобы дать крови свободно вытекать из раны;

- нельзя использовать сильнодействующие средства: спирт, йод, так как они могут вызвать раздражение раневой поверхности и ухудшить состояние раны;

- нельзя сдавливать или тереть поврежденное место;

- нельзя отсасывать кровь из ранки, оставшейся от укола/пореза;

2) при разбрызгивании крови или других биологических жидкостей:

- на кожу:

немедленно вымыть загрязненный участок с мылом;

нельзя использовать сильнодействующие средства (спирт, йод) так как они могут вызвать раздражение пораженной поверхности;

нельзя тереть или скрести место контакта;

- в глаза:

сесть, запрокинуть голову и самостоятельно или с помощью коллеги осторожно лить на глаза воду или физиологический раствор (чтобы вода или раствор затекали и под веки, необходимо осторожно оттягивать их время от времени);

не снимать контактные линзы во время промывания, так как они создают защитный барьер; после того, как глаза промыли, контактные линзы снять и обработать как обычно, после этого они совершенно безопасны для дальнейшего использования; нельзя промывать глаза с мылом или дезинфицирующим раствором;

- в рот:

немедленно выплюнуть попавшую в рот жидкость; тщательно прополоскать рот водой или физиологическим раствором и снова выплюнуть, повторить полоскание несколько раз.

2. Заполнить журнал для регистрации аварийных ситуаций.

3. Заполнить "Акт об аварийном случае на рабочем месте".

4. Сообщить информацию об аварийном случае заведующему отделением, далее руководителю ОЗ.

5. Направить медицинского работника в центры по контролю за гемоконтактными вирусными гепатитами и ВИЧ, ЦСМ/ЦОВП (ответственный врач по ВИЧ) или отделения скорой медицинской помощи для определения риска инфицирования, определения ВИЧ-статуса медицинского работника и пациента, с которым произошел контакт, назначения ПКП.

6. Назначить курс АРВП-препаратов на 28 дней при наличии показаний (наличие риска инфицирования ВИЧ; информированное согласие пациента; обращение пациента не позднее 72 часов после вероятного контакта с ВИЧ).

7. Наблюдение за контактным лицом:

1) тестирование на ВИЧ проводят сразу после контакта, а затем через 1, 3, 6 месяцев после контакта, даже если ПКП не проведена;

2) у лиц, получающих АРВ-препараты, необходимо следить за появлением возможных побочных эффектов и соблюдением режима ПКП;

3) при наличии ресурсов проводится обследование на ИППП, вирусные гепатиты В и С, поскольку эти заболевания имеют схожие с ВИЧ пути передачи;

4) если по окончании ПКП у контактировавшего произошла сероконверсия (инфицирование ВИЧ), его берут на диспансерное наблюдение;

5) через 6 месяцев, при отрицательных результатах тестирования на ВИЧ, наблюдаемый снимается с учета.

Приложение 31
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Журнал контроля паровых и воздушных стерилизаторов

Дата	Марка, № стерилизатора парового (автоклав),	Стерилизуемые изделия		Время стерилизации, минуты		Режим		Тест-контроль			Подпись
		Наименование	Количество	Начало	Конец	Давление	Температура	Биологический	Химический	Термический	

	воздушного									

Приложение 32
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Журнал учета постановки периферического венозного катетера

№	Приход		Расход				Дата и время постановки	Локализация	Роспись медсестры
	Дата	Кол-во катетеров	ФИО пациента	№ истории болезни	Кол-во расхода	Остаток			
1									
2									
...									

Продолжение журнала учета постановки периферического венозного катетера

Дата и время замены/обработки	Роспись м/с	Дата и время удаления(*)	Роспись медсестры	Примечание

(*) Помимо записи удаления катетера, можно указать и перевод в другое отделение с катетером.

Приложение 33
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Журнал учета постановки центрального венозного катетера

№	Приход		Расход				Дата и время постановки	Локализация	Роспись врача
	Дата	Кол-во катетеро	ФИО пациент	№ истории	Кол-во расход	Остаток			

	а	в	а	и болезн и	а	к	ки		
1									
2									
...									

Продолжение журнала учета постановки центрального венозного катетера

Дата и время замены/обработки	Роспись врача	Дата и время удаления(*)	Роспись медсестры	Примечание

(*) Помимо записи удаления катетера, можно указать и перевод в другое отделение с катетером.

Приложение 34
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Журнал учета постановки мочевого катетера

№	Приход		Расход				Дата и время постановки	ФИО врача/медсестры
	Дата	Кол-во катетеров	ФИО пациента	№ истории болезни	Кол-во расхода	Остаток		
1								
2								
...								

Продолжение журнала учета постановки мочевого катетера

Дата и время удаления	ФИО врача/медсестры	Примечание

Приложение 35
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Журнал подсчета количества манипуляций

Дата	Катетеризация центральных вен	Катетеризация периферических вен		В/В вливания		Операции	Роды
		кол-во больных	кол-во расходов	в/в инфузии	в/в струйно		

Продолжение журнала подсчета количества манипуляций

Перевязки	Пункции	в/м	в/к	п/к	Забор крови из вены	Забор крови из пальца	Прочие

Приложение 36
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Журнала подсчета количества часов ИВЛ

№	Дата	№ истории болезни	ФИО	Дата и время подключения	Дата и время отключения	Кол-во часов	ФИО медработника	Примечание
1								
2								
...								

Приложение 37
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Технические параметры, предъявляемые к медицинским маскам

№	Наименование	Параметры
1	Многослойный нетканый материал СММС (СМС) (спанбонд-мельтблаун-спанбонд)	Нетканое полотно

2	Размер	17×9,5 см
3	Количество слоев	3 или 4
4	Степень прилегания	Плотное прилегание
5	Эффективность бактериальной фильтрации, %	≥ 98%
6	Наличие фильтрующего слоя	Да
7	Наличие фиксатора на переносице для плотного и удобного прилегания	Да
8	Бионагрузка медицинской маски	30 КОЕ/г
9	Брызгоустойчивость	Да
10	Воздухопроницаемость	Хорошая

Приложение 38
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Технические параметры, предъявляемые к респираторам

№	Наименование	Параметры
1	Многослойный нетканый материал СММС (СМС) (спанбонд-мельтблаун-спанбонд). Степень защиты респиратора с клапаном выдоха/без клапана	До 12 ПДК (95%) До 50 ПДК(99,9%)
2	Маркировка степени защиты на респираторе	FFP2 (Европейская) или N 95 (Американская) и выше (FFP3, N 100)
3	Наличие прокладки уплотнения по периметру респиратора для плотного и удобного прилегания	Да
4	Наличие клапана выдоха/без клапана	Да/нет
5	Наличие носового зажима	Да
6	Головные ремни регулировки	Головные/затылочные ремни

Приложение 39
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Технические параметры, предъявляемые к нестерильным нитриловым перчаткам

№	Наименование	Параметры
1	Размер S, M, L	Да (в равных количествах)
2	Минимальная толщина гладких участков	не менее 0,08 мм
3	Длина перчатки	не менее 220 мм

4	Материал изготовления	нитрил
5	Упаковка	картонная

Приложение 40
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

**Технические параметры
перчатки хирургические латексные стерильные
одноразовые опудренные/неопудренные**

№	Наименование	Параметры
1	Состав	Латекс
2	Водонепроницаемость	Да
3	Опудренные/неопудренные	Да
4	Размер	7,0-7,5-8,0
5	Герметичность	AQL 1.5

Приложение 41
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Технические параметры на защитные экраны для лица

№	Наименование	Параметры
1	Материал экрана	Поликарбонат
2	Толщина материала экрана	1 мм
3	Гарантия	3 года
4	Возможность дезинфекционной обработки	Да

Приложение 42
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Технические параметры на защитные очки

№	Наименование	Параметры
1	Материал линз	Поликарбонат(РС)

2	Оптический класс	1
3	Механическая устойчивость к экстремальным температурам	Да
4	Защита (спереди и сбоку) от летящих частиц (120 м/с)	Да
5	Защита от УФ-излучения	Да
6	Мягкая оправа из ПВХ и нейлона	Да
7	Широкий угол обзора	Да
8	Антибликовый эффект	Да
9	Эластичная наголовная лента с регулировкой длины и наклона для лучшего крепления на голове	Да
10	Возможность использования с корректирующими очками и респираторами	Да

Приложение 43
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Технические параметры на одноразовый нестерильный халат

№	Наименование	Требования
1	Многослойный нетканый материал СММС (СМС) (спанбонд-мельтблаун-спанбонд)	15-50 гр/м ²
2	Степень защиты	3 тип и выше
3	Водоотталкивающий для жидкостей	Обязательно
4	Воздухопроницаемость	Обязательно
5	Тип рукава длинные на манжете или резинке	Обязательно
6	Длина изделия по спинке	120-140 см
7	Комплектация в упаковке	10 шт.
8	Упаковка и маркировка: - название производителя; - упаковка из полиэтилена; - инструкция по эксплуатации	Обязательно Обязательно Обязательно
9	Антистатичность	Обязательно
10	Инструкция по использованию	Обязательно

Приложение 44
к Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Технические параметры на одноразовые защитные комбинезоны

№	Наименование	Требования
1	Многослойный нетканый материал СММС (СМС) (спанбонд-мельтблаун-спанбонд)	25-65 гр/м ²
2	Степень защиты	3 тип и выше
3	Водоотталкивающий для жидкостей	Обязательно
4	Воздухопроницаемость	Обязательно
5	Наличие капюшона	Обязательно
6	Защита от патогенов	Обязательно
7	Максимальная свобода движения	Обязательно
8	Закрытая застежка-молния	Обязательно
9	Антистатичность	Обязательно
10	Инструкция по использованию	Обязательно

Приложение 45
к Инструкции по инфекционному
контролю в организациях
здравоохранения Кыргызской
Республики

Техническая спецификация специальных полимерных контейнеров/емкостей (дезинфекционная ванна)

Емкость имеет крышку и ванну с перфорированным поддоном. Может применяться с концентрированными и готовыми препаратами. На крышке ванночки имеется таблица для записей произведенной обработки, а также таблицы дозирования для проведения правильной дезинфекции. Произведена из полимерных материалов. Дезинфекционная ванна устойчива к дезинфицирующим средствам и горячей воде. Объем от 3 до 50 л. (300×190×115 мм).