

Федеральное медико-биологическое агентство  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
**«СИБИРСКИЙ ОКРУЖНОЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР  
Федерального медико-биологического агентства»**  
(ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России)

# **СТАНДАРТЫ И ТЕХНОЛОГИИ ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР**

**Методические рекомендации профессиональной деятельности  
медицинской сестры перевязочного кабинета**

Новосибирск, 2013



Федеральное медико-биологическое агентство  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
**«СИБИРСКИЙ ОКРУЖНОЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР  
Федерального медико-биологического агентства»**  
(ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России)

**«СОГЛАСОВАНО»**  
Представитель руководства по системе  
менеджмента качества  
\_\_\_\_\_ Е.А.Бабенко

**«УТВЕРЖДАЮ»**  
Директор ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России  
\_\_\_\_\_ О.В.Стрельченко

# **СТАНДАРТЫ И ТЕХНОЛОГИИ ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР**

**Методические рекомендации профессиональной деятельности  
медицинской сестры перевязочного кабинета**

Под общей редакцией  
О.В. Стрельченко

Новосибирск, 2013

УДК 616 - 08 : 614.251

ББК 51.1

С - 76

Одобрены Советом по сестринскому делу ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России  
(протокол от 20.02.2013 № 9)

**Рецензенты:**

**Л.Д. Гололобова** – Президент Новосибирской областной ассоциации специалистов со средним медицинским образованием.

**Т.В. Климчук** – заместитель главного врача МБУЗ «Новосибирская городская клиническая больница № 2» по работе с сестринским персоналом

**СТАНДАРТЫ И ТЕХНОЛОГИИ ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР** (Методические рекомендации профессиональной деятельности медицинской сестры перевязочного кабинета)/ О.В. Стрельченко, Е.Ю. Орлова, Г.П. Кашуба / под общей редакцией О.В. Стрельченко/ Новосибирск. – ООО «Альфа Ресурс», 2012. – 34 с.

В рекомендациях представлены основные документы регламентирующие работу медицинских сестер, прежде всего перевязочных кабинетов, оснащение рабочего места, алгоритм выполнения манипуляций. Много внимания уделено соблюдению санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима, защите медицинского персонала от инфицирования.

Рассчитаны на медицинских сестер перевязочных кабинетов, а так же будут полезны для старших и главных медицинских сестер.

@-ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, 2013

## **ВНИМАНИЕ!**

При пожаре, угрозе террористических актов и аварийных ситуациях звонит по телефонам:

Диспетчер пульты охраны	338-98-05
Диспетчер технических служб	338-98-05
Пожарная охрана	01
Полиция	02

## **СОДЕРЖАНИЕ**

<b>Раздел 1.</b>	<b>ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПЕРЕВЯЗОЧНОГО КАБИНЕТА</b>	<b>7</b>
<b>Раздел 2.</b>	<b>ИНСТРУКЦИЯ ПО ОХРАНЕ ТРУДА ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПЕРЕВЯЗОЧНОГО КАБИНЕТА</b>	<b>9</b>
<b>Раздел 3.</b>	<b>ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОЧЕГО МЕСТА</b>	<b>13</b>
	Регламент работы	13
	Рекомендуемое оснащение перевязочного кабинета	13
	Требования, предъявляемые к размещению и оборудованию перевязочного кабинета	14
<b>Раздел 4.</b>	<b>СОБЛЮДЕНИЕ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОГО РЕЖИМА В ПЕРЕВЯЗОЧНОМ КАБИНЕТЕ:</b>	<b>15</b>
	Перечень регламентирующих приказов по санитарно-гигиенического и противоэпидемического режиму в перевязочном кабинете	15
	Инструкция по соблюдению санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в перевязочных кабинетах	15
	Подготовка перевязочного кабинета к работе	16
	Заключительная уборка перевязочного кабинета	16
	Генеральная уборка перевязочного кабинета	17
	Правила эксплуатации и контроля работы бактерицидных облучателей	18
	Дезинфекция и предстерилизационная очистка инструментов	18
	Методы стерилизации	19
	Контроль качества дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации инструментов	21
	Инструкция по обращению с медицинскими отходами ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России	20
	Инструкция по действиям персонала при постановке диагноза «Анаэробная инфекция»	23
<b>Раздел 5</b>	<b>АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ МАНИПУЛЯЦИЙ</b>	<b>24</b>
	Обработка рук	24
	Обработка рук хирургов	27
	Обеззараживание кожных покровов пациентов	27
	Порядок надевания стерильного халата	27
	Порядок надевания стерильных перчаток	29
	Накрытие стерильного стола	29
	Алгоритм перевязки чистой послеоперационной раны	31
	Алгоритм перевязки гнойной послеоперационной раны	31
	Алгоритм перевязки в палате и реанимации	32

	Алгоритм подготовки укладки к стерилизации	33
	Алгоритм подготовки бикса к стерилизации и транспортировке в ЦСО	34
	Памятка по условиям хранения транспортных систем для бактериологического исследования.	35
<b>Раздел 6.</b>	<b>ЗАЩИТА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ОТ ИНФИЦИРОВАНИЯ</b>	<b>36</b>
	Состав аптечки первой медицинской помощи при аварийных ситуациях с кровью	36
	Инструкция о действии медицинского работника при аварийной ситуации	36
<b>Раздел 7.</b>	<b>МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ</b>	<b>37</b>
	Перечень регламентирующих приказов по медикаментозному и медицинскому обеспечениям	37
	Общие требования к организации хранения лекарственных средств	38
<b>Раздел 8.</b>	<b>АЛГОРИТМЫ ДЕЙСТВИЙ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ: АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК</b>	<b>38</b>

# **I. ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПЕРЕВЯЗОЧНОЙ ОПЕРАЦИОННОГО БЛОКА**

## **1. Общая часть**

На должность медицинской сестры перевязочной назначается лицо со средним медицинским образованием, имеющее диплом по специальности «Сестринское дело».

Назначается и увольняется директором в соответствии с действующим законодательством.

Непосредственно подчиняется старшей медицинской сестре, в процессе подготовки и во время перевязок врачу-хирургу, в период дежурства - дежурному врачу отделения.

В своей работе руководствуется правилами и инструкциями по выполняемому разделу работы, с распоряжениями и указаниями вышестоящих должностных лиц, настоящей Инструкцией.

Работник должен владеть компьютером на уровне уверенного пользователя (Word, Excel, Интернет).

## **2. Функции**

Осуществляет подготовку перевязочного кабинета к работе.

Обеспечивает соблюдение норм санитарно-эпидемиологического режима в кабинете.

Организует и контролирует работу младшего медицинского персонала.

Осуществляет контроль очередности и сложности манипуляций.

## **3. Обязанности**

Медицинская сестра перевязочной обязана:

3.1. Готовить перевязочный кабинет к работе и участвовать в проведении перевязок

3.2. Соблюдать очередность при осуществлении различной степени сложности манипуляций.

3.3. Следить за соблюдением правил асептики и антисептики в процессе работы.

3.4. Контролировать работу младшего медицинского персонала перевязочного кабинета.

3.5. Вести необходимую учетно-отчетную документацию.

3.6. Подготавливать белье, перевязочный материал, инструментарий к стерилизации.

3.7. Следить за исправностью электрооборудования в перевязочном кабинете.

3.8. Следить за своевременным направлением на гистологическое, клиническое и бактериологическое исследование материала, взятого во время перевязки.

3.9. Принимать и сдавать дежурство по перевязочному кабинету.

3.10. При необходимости выполнять функции операционной медицинской сестры при выполнении несложных оперативных вмешательств, проводимых в перевязочном кабинете.

3.11. Соблюдать правила внутреннего распорядка, противопожарной безопасности и техники безопасности, санитарно-эпидемиологического режима.

3.12. Находясь при исполнении служебных обязанностей соблюдать соответствующую форму одежды.

3.13. Бережно относиться к имуществу, оборудованию Работодателя, использовать его только для исполнения своих должностных обязанностей.

3.14. Квалифицированно и своевременно исполнять устные и письменные приказы, распоряжения и поручения руководства, а также нормативные правовые акты по своей профессиональной деятельности.

3.15. Систематически повышать свою квалификацию, в том числе посредством самообразования.

3.16. В части охраны труда и техники безопасности медицинская сестра перевязочной обязана:

- соблюдать нормы, правила и инструкции по охране труда
  - правильно применять коллективные и индивидуальные средства защиты;
- 3.17. немедленно сообщать своему непосредственному руководителю о любом несчастном случае, происшедшем на производстве, о признаках профессионального заболевания, а также о ситуации, которая создает угрозу жизни и здоровью людей

#### **4. Права**

Медсестра перевязочной имеет право:

- 4.1. Контролировать соблюдение правил асептики и антисептики во время проведения перевязок.
- 4.2. Отдавать распоряжения санитарке перевязочного кабинета.
- 4.3. Проверять объем работы и качество выполненной работы.
- 4.4. Удалять из перевязочного кабинета персонал любого отделения за нарушение правил асептики и неправильное поведение, а также делать замечания при нарушении правил асептики врачам и среднему персоналу других отделений.
- 4.5. Вносить предложения старшей операционной медицинской сестре и заведующему отделением по вопросам улучшения организации своего труда.
- 4.6. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.
- 4.7. Принимать участие в работе совещаний, проводимых в отделении, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к ее компетенции.
- 4.8. Повышать профессиональную квалификацию на курсах усовершенствования или на рабочем месте в установленном порядке.

#### **5. Ответственность**

Медицинская сестра перевязочной несет ответственность за:

- 5.1. Отсутствие санитарно-гигиенического режима в перевязочном кабинете.
- 5.2. Сохранность инструментария, шовного материала, аппаратуры.
- 5.3. Нарушение правил асептики.
- 5.4. Срыв и задержку перевязок по собственной вине.
- 5.5. Отсутствие знаний о ходе перевязок.

Заведующий операционным блоком  
хирургического отделения

СОГЛАСОВАНО:

Главная медицинская сестра

Начальник отдела кадров

---

(должность)

подпись

---

(расшифровка подписи)



С должностной инструкцией ознакомлен(а), копию получил(а) на руки:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## **II. ИНСТРУКЦИЯ ПО ОХРАНЕ ТРУДА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПЕРЕВЯЗОЧНОЙ ОПЕРАЦИОННОГО БЛОКА**

### **1. Общие требования охраны труда**

1.1. К работе допускаются лица не моложе 18 лет, имеющие среднее медицинское образование, прошедшие специальную подготовку, в том числе на I группу допуска по электробезопасности, не имеющие противопоказаний по состоянию здоровья.

1.2. Персонал должен проходить обязательный медицинский осмотр при поступлении на работу и периодический.

1.3. Все, вновь поступившие на работу сотрудники должны пройти вводный инструктаж у инженера по охране труда и первичный инструктаж по охране труда и технике безопасности на рабочем месте у руководителя подразделения. Результаты фиксируются в журналах регистрации вводного и первичного инструктажа.

1.4. Персонал обязан:

Руководствоваться в работе своими должностными инструкциями, инструкциями по охране труда, инструкциями по санитарному режиму;

Владеть приемами оказания первой медицинской помощи, знать местонахождение аптечки;

Знать правила пожарной безопасности и места расположение средств пожаротушения.

Персонал обязан выполнять правила личной гигиены, правила ношения санитарной одежды и обуви, средств индивидуальной защиты (халат, колпак, фартук, марлевую повязку, перчатки, защитные очки).

1.5. О каждом несчастном случае, связанном с производством, пострадавший или очевидец несчастного случая обязаны известить своего руководителя, который должен организовать первую помощь пострадавшему, сообщить администрации и инженеру по охране труда. Для расследования несчастного случая необходимо

сохранить обстановку на рабочем месте такой, какой она была в момент происшествия, если это не угрожает жизни и здоровью окружающих и не приведет к аварии.

1.6. Лица, допустившие нарушение инструкции по охране труда, подвергаются дисциплинированному взысканию в соответствии с правилами внутреннего трудового распорядка, и при необходимости, внеочередной проверке знаний норм и правил охраны труда.

## **2. Требования охраны труда перед началом работы.**

2.1. Правильно одеть санитарно-гигиеническую одежду и обувь, средства индивидуальной защиты, убрать волосы под головной убор и застегнуть рукава.

Запрещается закалывать санитарную одежду, колпак иголками и хранить в карманах булавки, стеклянные и острые предметы.

2.2. Проверить чистоту рабочего места, все, что для работы не потребуется, убрать в соответствующее место.

2.3. Проверить исправность освещения: общего и местного.

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

2.4. Проветрить помещение (включить вентиляцию, открыть фрамуги).

2.5. Подготовить рабочее место врача, простерилизованный инструментарий, перевязочный материал к приему пациентов.

2.6. Подготовить пациентов к приему.

## **3. Требования безопасности во время работы.**

3.1. Во время работы необходимо:

Следить за чистотой санитарной одежды и рук (ногти рук должны быть коротко подстрижены);

Мыть руки теплой водой с мылом до и после приема больных;

Тщательно просушивать кожу рук после мытья сухим индивидуальным полотенцем;

Не допускать попадания на открытые поверхности кожи лекарственных аллергенов (антибиотиков, новокаина и т.д.)

3.2. При подготовке к проведению инъекции следует проверить целостность шприца, ампулы, флакона и т.д. проверить этикетку на флаконе, либо на ампуле – название вводимого лекарственного препарата, сроки хранения, стерильность.

3.3. Хранить и применять препараты без этикеток, а также в поврежденной упаковке запрещается.

3.4. Ампулы открывать в соответствии с инструкцией, предварительно подпиливая её специально имеющимися для этого в упаковке пилочками-ножами.

3.5. Использованные ампулы выбрасывать в урну и следить, чтобы стекло не попало на пол, на рабочее место, для предотвращения травм при уборке.

3.6. Чтобы не допустить передачу инфекции необходимо: весь инструментарий после проведения процедур подвергнуть дезинфекции.

3.7. Многоразовый инструментарий перед стерилизацией подлежит обязательному обеззараживанию и перед стерилизационной обработке в смеси 6% перекиси водорода с моющими средствами (Лотос, Новость и т.п.) при температуре 50<sup>0</sup> С в течение 60 мин., после чего промывается в проточной воде.

3.8. После перед стерилизационной обработки инструментарий подвергается контролю на скрытую кровь и остатки моющих средств (1%, но не менее 3-5 изделий одного наименования одновременно обработанного).

3.9. Инструменты, давшие положительные пробы на кровь, обрабатывают повторно, а содержащие остаточное количество моющих средств повторно промывают проточной водой.

3.10. При работе с дезинфицирующими средствами:

- к работе допускаются лица не моложе 18 лет, прошедшие соответствующий инструктаж по обязанностям, по технике безопасности, мерам предосторожности и профилактике случайных отравлений;
- лица с повышенной чувствительностью к применяемым химическим веществам и средствам к работе не допускаются;
- приготовление моющих растворов и ручная предстерилизационная очистка инструментария осуществляется в резиновых перчатках;
- хранить растворы и выдерживать в них обрабатываемые инструменты в плотно закрывающихся емкостях;
- необходимо строго соблюдать последовательность и точность всех этапов обеззараживания и мойки, обеспечивающих максимальное удаление с обрабатываемых объектов остатков моющих и дезинфицирующих средств.

3.11. Запрещается включать бактерицидную лампу в присутствии людей в

помещении. Обеззараживание воздуха проводится в специально отведенное для

этого время по графику.

3.12. Запрещается переноска стеклотары как пустой, так и наполненной в руках. Необходимо получать медикаменты в свою тару. Для транспортировки медикаментов можно использовать: сумку из прочной мешковины, корзину пластмассовую, тележку и т.д.

3.13. Осторожно обращаться с горячей водой. Обо всех неисправностях кранов сообщить сестре - хозяйке и вызвать слесаря – сантехника для ликвидации аварийного состояния.

#### **4. Требования безопасности в аварийных ситуациях.**

4.1. При возникновении аварийной ситуации необходимо сообщить руководителю подразделения.

4.2. При попадании на незащищенную кожу следует немедленно обильно промыть пораженное место проточной водой.

4.3. При отравлении через дыхательные пути следует срочно удалить пострадавшего из помещения на свежий воздух или в хорошо проветриваемое чистое помещение. Рот и носоглотку прополоскать водой.

4.4. При попадании любого препарата в глаза следует немедленно промыть их струей проточной воды и закапать раствор альбумида, при болях – 1-2% раствор новокаина.

4.5. Во всех случаях персонал должен действовать по обстоятельствам без суеты и паники.

4.6. При обнаружении пожара или признаков горения персонал обязан:

- немедленно сообщить руководителю структурным подразделением и при необходимости в пожарную часть (при этом назвать адрес больницы, место возникновения пожара, свою фамилию).

Принять по возможности меры по эвакуации людей, тушению пожара и сохранности материальных ценностей.

4.7. Руководство за ликвидацией аварийной ситуации возлагается на руководителя структурным подразделением или на другое административное лицо, прибывшее на место.

### **5. Требования безопасности по окончании работы.**

5.1. Привести в порядок свое рабочее место.

5.2. Подготовить перевязочный материал для стерилизации и отнести его в централизованное стерилизационное отделение.

5.3. Если был контакт рук с хлорными препаратами, кожу обработать водным тампоном, смоченным 1% раствором гипосульфита натрия для нейтрализации остаточных количеств хлора.

5.4. Вымыть руки и смягчить кожу рук кремами «Сестричка», «Идеал», «Янтарь».

5.5. Снять санитарную одежду и повесить в шкафчик. Средства индивидуальной защиты необходимо обработать в соответствии с требованиями и убрать в отведенное для этого место.

5.6. Выключить электрооборудование.

5.7. Выключить вентиляцию.

5.8. Выключить освещение.

5.9. Проверить все ли краны с водой выключены.

5.9. Обо всех неисправностях сообщить руководителю структурным подразделением.

Главная медицинская сестра

Согласовано:

Инженер по охране труда

### **III. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОЧЕГО МЕСТА**

#### **РЕГЛАМЕНТ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПЕРЕВЯЗОЧНОЙ**

08.15	Приход на работу.
08.30 – 08.45	Предварительная уборка помещений. Разведение дезинфицирующих растворов.

08.45 – 09.00	Пополнение запаса медикаментов у старшей медицинской сестры.
09.00 – 11.00	Выполнение перевязок в порядке очередности по чистоте.
11.00 – 11.30	Дезинфекция и доставка ИМН в ЦСО.
11.30 – 12.00	Проведение текущей уборки, кварцевание.
12.00 – 12.30	Обеденный перерыв.
12.30 – 14.30	Выполнение перевязок 2-ой очереди.
14.30 – 15.00	Дезинфекция и доставка ИМН в ЦСО
15.00 – 15.30	Проведение заключительной уборки.
15.30 -16.00	Оформление текущей документации.
16.00-16.18	Комплектация укладок на ночное дежурство.
16.18	Окончание рабочего дня. Сдача смены.

### **КАЖДЫЙ ПОНЕДЕЛЬНИК – ГЕНЕРАЛЬНАЯ УБОРКА !!!**

#### **РЕКОМЕНДУЕМОЕ ОСНАЩЕНИЕ ПЕРЕВЯЗОЧНОГО КАБИНЕТА**

Оснащение перевязочной включает:

2.1 Рабочий стол медицинской сестры - 1 шт.

Стул для медицинской сестры - 1 шт.

Операционно-перевязочный стол.

Бестеневая хирургическая лампа.

Медицинский шкаф для медикаментов, растворов, инструментария и другого необходимого для работы медицинского имущества - 1-2 шт.

2.2. Медицинский инструментарий: пинцет – в количестве не менее 3-х штук на одну перевязку, иглодержатель 6 – 10 шт, зонд 2 – 4шт, зажим 10 – 20шт, ножницы 15 – 20шт, корнцанг 3 – 6шт, крючки 3 – 5 шт, троакар 2 – 5 шт, роторасширитель – 1 шт., языкодержатель – 1 шт.

*Количество и набор инструментов могут быть различны для разных профилей перевязок*

2.3 Инструментальные столы – 4 – 5 шт., в т.ч.:

\* стол со стерильными инструментами.

\* для хранения спиртового хлоргексидина, лекарств в упаковках, одноразовых шприцев, подсобных ножниц, лейкопластыря и других не подвергающихся стерилизации

предметов

(нестерильный стол);

\* рабочий стол

\* подсобный стол для размещения бикса после извлечения его из транспортировочного мешка;

\* стол (тумбочка, стойка) для хранения дезинфицирующих препаратов и приготовления их рабочих растворов.

2.4 Тумбочка для хранения моющих и дезинфицирующих средств, ветоши, химических индикаторов, тест-контролей и др. – 1 – 2 шт.

2.5 Раковина – 1 – 2 шт.

2.6 Воздушный стерилизатор – 1 шт.

2.7 Штативы для пробирок – 1 – 2 шт.

2.8 Тележка для перевозки биксов – 1 шт.

2.9 Емкости (по 1 шт.) для дезинфекции:

- использованных лотков и стеклянных шприцев (при необходимости);
- игл одноразовых шприцев;
- совмещенной дезинфекции и предстерилизационной очистки инструментов

Емкость для моющего комплекса (+термометр водяной).

Емкости мерные для дезинфицирующих и моющих средств – 2 шт.

Емкость для дистиллированной воды.

Лотки почкообразные – 4 шт.

Кюветы эмалированные/ пластиковые малые или средние – 4 шт.

2.10 Уборочный инвентарь для текущей и генеральной уборки:

- ведра для мытья полов и стен – по 2 шт.;
- емкости для обработки предметов обстановки, поверхностей – 2 шт.;
- швабры для мытья полов и стен – по 2 шт.

2.11 Аптечки «противошоковая» и «Анти-ВИЧ» с инструкцией по ее использованию – по 1 шт.

2.12 Перчатки резиновые (латексные) – 5 – 10 пар.

2.13 Шприцы одноразовые – 10 – 20 шт.

2.14 Дезинфицирующие и моющие средства (на 7 дней работы).

2.15 Термовременные бумажные индикаторы.

2.16 Набор реактивов\* для определения остаточных количеств крови и моющих средств с помощью азопирамовой пробы

*\* данные реактивы хранятся в холодильнике процедурной*

2.17 Облучатель бактерицидный ультрафиолетовый – 1 – 2 шт. (мощность бактерицидных ламп

должна быть не менее 1 Вт на 1 м<sup>3</sup>).

2.18 Настенный светильник в зоне проведения манипуляций (при недостаточном общем искусственном и естественном освещении).

2.19 Ведро педальное для отходов класса «Б» – 1 шт.

## **ТРЕБОВАНИЯ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ К РАЗМЕЩЕНИЮ ОБОРУДОВАНИЯ ПЕРЕВЯЗОЧНОГО КАБИНЕТА**

Помещение перевязочного кабинета условно разделяют на две зоны: чистую и условно чистую

В **чистой зоне** размещают стол со стерильным инструментарием, сухожаровой шкаф, шкаф для медикаментов и инструментария. В чистую зону не допускаются пациенты и посторонние лица.

В **условно – чистой** зоне размещают остальное оборудование: рабочий стол медицинской сестры, операционно-перевязочный стол, стол с дезинфицирующими растворами, раковина и др.

## **IV. СОБЛЮДЕНИЕ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОГО РЕЖИМА В ПЕРЕВЯЗОЧНОМ КАБИНЕТЕ**

### **ПЕРЕЧЕНЬ РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИХ ПРИКАЗОВ ПО САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОМУ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОМУ РЕЖИМУ**

- 1.1. Сан Пин 2.1.3.2630 – 10 санитарно эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность
- 1.2. СанПин 2.1.7.2790 – 10 санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами
- 1.3. СП 3.1.5.2826 – 10 профилактика ВИЧ-инфекции

- 1.4. Приказ Минздрава РФ от 26.11.1998г. № 342 «Об усилении мероприятий по профилактике эпидемического сыпного тифа и борьбе с педикулезом»
- 1.5. Приказ Минздрава РФ от 16.08.1994г. № 170 «О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ инфекции в Российской Федерации»
- 1.6. Приказ МЗ РФ № 295 от 1995 г. «О введении в действие правил проведения обязательного медицинского освидетельствования на ВИЧ...»
- 1.7. Выписка из приказа № 475 от 16.08.1992 «О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики заболеваний острыми кишечными инфекциями»
- 1.8. Приказ Минздрава СССР от 12.07.1989г. № 408 «О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране»
- 1.9. ОСТ 42 – 21 – 2 – 85 «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения. Методы, средства и режимы»
- 1.10. Приказ Минздрава СССР от 14.07.1978г. № 215 «О мерах по улучшению организации и повышения качества специализированной медицинской помощи больным с гнойными хирургическими заболеваниями»
- 1.11. Приказ Минздрава СССР от 31.07.1978г. № 720 «Об улучшении медицинской помощи больным с гнойными хирургическими заболеваниями и усилении мероприятий по борьбе с внутрибольничной инфекцией»
- 1.12. Приказ МЗ СССР № 288 от 23.03.76 "Об утверждении инструкции о санитарно-противоэпидемическом режиме больниц".

## **ИНСТРУКЦИЯ ПО СОБЛЮДЕНИЮ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОГО РЕЖИМА В ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ КАБИНЕТАХ**

### **1. Общие положения**

Профилактика развития послеоперационных гнойно-септических инфекций состоит из комплекса мероприятий, направленных на разрыв цепочки возникновения эпидемического процесса. Одним из важных разделов этого комплекса является соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в перевязочных кабинетах.

Перевязочный кабинет предназначен для:

- Проведения всех видов перевязок чистых и гнойных ран
- Взятия биологического материала для исследования
- Оказания неотложной помощи

Разделяют перевязочные для чистых и гнойных перевязок.

Работа перевязочного кабинета осуществляется в соответствии с графиком, утвержденным зав. отделением.

При наличии в отделении одной перевязочной в первую очередь перевязывают пациентов с не осложненным течением послеоперационного периода и производится снятие швов. В последнюю очередь перевязывают пациентов с инфицированными гнойными ранами.

Персонал проводит перевязки в масках, колпаках, стерильных халатах и резиновых перчатках. Во время перевязок пациентов с нагноительными процессами дополнительно надевается клеенчатый фартук, который после каждой перевязки протирается ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе.

При невозможности проведения перевязки в перевязочном кабинете (по состоянию больного), перевязка проводится у постели больного с помощью индивидуальной стерильной укладки.

### **2. Подготовительный этап**

Перед началом проведения перевязок медицинская сестра должна подготовить перевязочный кабинет к работе:

- провести текущую уборку приготовить дезинфицирующие растворы на рабочую смену

- проверить наличие стерильных упаковок, срок годности стерильного перевязочного материала и инструментов, медикаментов
- накрыть перевязочный стол на рабочую смену

Перед началом перевязок медицинский персонал проводит гигиеническую обработку рук, надевает стерильную одежду, руки в перчатках протираются раствором кожного антисептика.

Перевязку можно проводить, подавая инструменты и перевязочный материал со стерильного стола, собирая инструменты на стерильный лоток или используя индивидуальную стерильную упаковку.

## **ПОДГОТОВКА ПЕРЕВЯЗОЧНОГО КАБИНЕТА К РАБОТЕ**

Все подготовительные работы проводятся перевязочной медицинской сестрой в начале рабочего дня в следующем порядке:

- 2.1 проведение текущей уборки
- 2.2 разведение рабочих растворов для дезинфекции на рабочую смену
- 2.3 накрывает стол для нестерильных лекарств и инструментов (мази, одноразовые шприцы, подсобные ножницы и т.д.).
- 2.4 проверяет наличие стерильных упаковок, срок годности стерильного перевязочного материала, инструментов и медикаментов.
- 2.5 биксы (или специальные многослойные пакеты из различных материалов - крафт-пакеты, комбинированные или пакеты из крепированной бумаги и др.), доставленные в перевязочную из ЦСО, вынимаются из транспортировочного защитного чехла (мешка) - полотняного (брезентового, текстильного) или пластикового - и ставятся на подсобный стол. Наружная поверхность биксов перед вскрытием подвергается дезинфекции.
- 2.6 накрывает стол для стерильных инструментов и перевязочного материала

## **ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ УБОРКА ПЕРЕВЯЗОЧНОГО КАБИНЕТА**

**3.1. Текущая уборка** проводится **2 раза в смену** перевязочной сестрой:

- перед началом работы;
- после окончания рабочей смены.

**Текущая уборка** помещения перевязочной включает: протирание дезинфицирующим раствором с добавлением 0.5% моющих средств стен, на высоту вытянутой руки, поверхностей оборудования и полов, после этого - смывание чистой водой; ультрафиолетовое облучение воздуха и поверхностей по режиму ежедневного кварцевания.

*!!! Для обеззараживания поверхностей помещения, медицинских приборов, аппаратов и оборудования следует использовать зарегистрированные Департаментом Госсанэпиднадзора МЗ РФ дезинфицирующие средства в концентрациях и времени экспозиции, необходимых для уничтожения возбудителей вирусных инфекций, в т.ч. гепатитов А, В, С и ВИЧ-инфекции*

## **ГЕНЕРАЛЬНАЯ УБОРКА ПЕРЕВЯЗОЧНОГО КАБИНЕТА**

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

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

Для проведения генеральной уборки персонал должен иметь:

- специальную одежду и средства индивидуальной защиты (халат, шапочка,



- маска, резиновые перчатки, резиновый фартук и др.)
- промаркированный уборочный инвентарь
  - чистые (стерильные) тканевые салфетки

### **Технология проведения генеральной уборки:**

- надеть чистый халат, шапочку (косынку), резиновые перчатки, тапочки;
- помещение максимально освободить от мебели или отодвинуть ее к центру помещения для обеспечения свободного доступа к обрабатываемым поверхностям и объектам;
- при проведении генеральной уборки дезинфицирующий раствор наносят на стены путем орошения или их протирания на высоту не менее двух метров (в операционных блоках – на всю высоту стен), окна, подоконники, двери, мебель и оборудование.
- По окончании времени обеззараживания (персонал должен провести смену спецодежды) все поверхности отмывают чистыми тканевыми салфетками, смоченными водопроводной (питьевой) водой, а затем проводят обеззараживание воздуха в помещении.

### **Дезинфекция уборочного инвентаря**

- использованный уборочный инвентарь обеззараживают в растворе дезинфицирующего средства
- прополаскивают в воде и сушат
- уборочный инвентарь для пола и стен должен быть отдельным, иметь четкую маркировку, применяться отдельно для кабинетов, коридоров, санузлов.

*При невозможности использования одноразовых тканевых салфеток, многоразовые салфетки подлежат стирке (автоклавированию).*

### **Хранение уборочного инвентаря**

Промаркированный уборочный инвентарь для генеральной и текущей уборки каждого помещения применять строго по назначению. Хранение уборочного инвентаря необходимо осуществлять в специально выделенном помещении или шкафу вне помещений рабочих кабинетов.

## **ПРАВИЛА ЭКСПЛУАТАЦИИ И КОНТРОЛЯ РАБОТЫ БАКТЕРИЦИДНЫХ ОБЛУЧАТЕЛЕЙ**

- Бактерицидный облучатель оборудуется на легко доступной для его обработки высоте (около 2 м) таким образом, чтобы поток ультрафиолетовых лучей был направлен в чистую зону и не экранировался оборудованием.
- Бактерицидные лампы, выслужившие гарантированный срок службы (в соответствии с паспортом - от 5 до 8 тыс. часов работы) заменяются новыми. Для этого необходимо вести строгий учет времени работы каждой из них. По мере работы лампы необходимо после истечения  $\frac{1}{3}$  номинального срока службы лампы (например, 1 тыс. ч из 3 тыс.) увеличивать первоначально установленную длительность облучения в 1.2 раза (при норме 1 ч - на 12 мин) и после  $\frac{2}{3}$  срока - в 1.3 раза (на 18 мин). Учет времени работы облучателей и изменения длительности облучения должны заноситься в Журнал регистрации и контроля работы бактерицидных облучателей.
- Норма микробной обсемененности воздуха перевязочных кабинетов: общее количество микроорганизмов в 1 м<sup>3</sup> воздуха (КОЕ/м<sup>3</sup>) - до начала работы - не более

300, во время работы - не нормируется; золотистого стафилококка, плесневых и дрожжевых грибов не должно быть.

- Ежедневно (во время генеральной уборки) лампа бактерицидного облучателя со всех сторон протирается от пыли и жировых отложений марлевой салфеткой (наличие пыли на лампе на 50% снижает эффективность обеззараживания воздуха и поверхностей). Для этого необходимо развернуть салфетку в длину, смочить 70% спиртом, перекинуть один конец салфетки на другую сторону лампы, охватив ее в кольцо. Затем зажать оба конца салфетки одной рукой и протереть лампу вдоль.
- Арматуру бактерицидной лампы при проведении генеральной уборки обрабатывают дезинфицирующим раствором с добавлением 0.5% моющих средств, а затем - дистиллированной водой. Экран протирается сухим марлевым тампоном.

С целью снижения обсемененности воздуха до безопасного уровня применяется воздействие ультрафиолетовым излучением с помощью открытых и комбинированных бактерицидных облучателей, применяемых в отсутствии людей, и закрытых облучателей, в том числе рециркуляторов, позволяющих проводить обеззараживание воздуха в присутствии людей, необходимое число облучателей для каждого помещения определяют расчетным путем согласно действующим нормам;

## **ДЕЗИНФЕКЦИЯ И ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННАЯ ОЧИСТКА ИНСТРУМЕНТОВ**

(согласно ОСТ 42-21-2-85)

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

- Изделия однократного применения после использования при манипуляциях у пациентов подлежат обеззараживанию/обезвреживанию, их повторное использование запрещается.

### ***Предстерилизационная очистка***

- Предстерилизационной очистке должны подвергаться все изделия перед их стерилизацией с целью удаления белковых, жировых и механических загрязнений, а также лекарственных препаратов.
- Разъемные изделия должны подвергаться предстерилизационной очистке в разобранном виде.
- Предстерилизационная очистка должна осуществляться ручным или механизированным (с помощью специального оборудования) способом.
- Механизированная предстерилизационная очистка должна производиться струйным, ротационным методами, ершеванием или с применением ультразвука с использованием поверхностно - активных веществ, других добавок.
- Методика проведения механизированной очистки должна соответствовать инструкции по эксплуатации, прилагаемой к оборудованию.
- *Примечание. Ершевание резиновых изделий не допускается.*
- Предстерилизационная очистка ручным способом должна осуществляться в последовательности в соответствии с табл. 1.
- По окончании рабочей смены оборудование должно быть очищено механическим способом путем мытья с применением моющих средств.
- Инструменты в процессе эксплуатации, предстерилизационной очистки, стерилизации могут подвергаться коррозии. Инструменты с видимыми пятнами коррозии, а также с

наличием оксидной пленки подвергаются химической очистке не более 1 - 2 раз в квартал.

### Дезинфекция

Изделия медицинского назначения после применения подлежат дезинфекции независимо от дальнейшего их использования (изделия однократного и многократного применения).

Дезинфекцию изделий выполняют:

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

- дезинфекцию способом протирания допускается применять для тех изделий медицинского назначения, которые не соприкасаются непосредственно с пациентом или конструкционные особенности которых не позволяют применять способ погружения.

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

## МЕТОДЫ СТЕРИЛИЗАЦИИ

Предстерилизационная очистка, совмещенная с дезинфекцией

Таблица 1.

процессы при проведении очистки	применяемое оборудование
Предварительно погружение инструментов с одновременной очисткой с помощью марлевых салфеток	контейнер с питьевой водой, промаркированный «промывные воды»
просушивание инструментов	внутренняя решетка контейнера, промаркированного «промывные воды»
дезинфекция и ПСО инструментов с полным погружением и заполнением внутренних полостей деталей, удаление видимых загрязнений с помощью марлевых салфеток	контейнер с маркировкой «дезинфекция и предстерилизационная очистка инструментов»
отмывание от остатков средства под проточной питьевой водой	ванна, раковина с устройством для струйной подачи воды
обессоливание дистиллированной водой	контейнер с маркировкой «дистиллированная вода»
сушка до полного исчезновения влаги	сушильный шкаф/ простыня, пеленка, полотенце

## КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ДЕЗИНФЕКЦИИ И ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОЧИСТКИ ИНСТРУМЕНТОВ

### Азопирамовая проба

ЦЕЛЬ: контроль предстерилизационной очистки проводится ежедневно

#### НЕОБХОДИМЫЕ УСЛОВИЯ:

- 1% изделий одного наименования, но не менее 3 штук
- исходный раствор азопирама, приготовленный аптекой
- 3% перекись водорода
- марлевая салфетка
- журнал учета результатов контроля предстерилизационной очистки

ПРОЦЕСС	ОБОСНОВАНИЕ
<p>1. приготовить рабочий раствор азопирама смешивая равные объемы (1-1)исходного раствора азопирама и 3% перекиси водорода, рабочий раствор пригоден к употреблению только в течение 1-2 часов</p> <p>2. сухие изделия (не выше 25 градусов) протереть тампоном, смоченным реактивом или нанести 3-4 капли рабочего раствора на инструмент</p> <p>3. экспозиция 0,5-1 минута</p> <p>4. чтение пробы:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <input type="checkbox"/> розово-сиреневое окрашивание появляется при наличии на изделии гемоглобина</li><li>• <input type="checkbox"/> буроватое окрашивание – при наличии окислителей, хлорных соединений, моющего средства, ржавчины</li></ul> <p>5. при отрицательной пробе, изделие подлежащее проверке - повторно подвергают ПСО</p> <p>6. при положительной пробе вся партия изделий подлежит повторной очистке</p> <p>7. результаты пробы записать в журнал учетаазопирамовых проб</p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> при более высокой температуре реактив разрушается</li><li><input type="checkbox"/> обеспечить проникновение рабочего раствора в места соединения</li><li><input type="checkbox"/> если изменение цвета позже, чем через 1 минуту, проба не засчитывается</li><li>• <input type="checkbox"/> удаление токсических веществ</li><li><input type="checkbox"/> учет и преемственность</li></ul>

### ИНСТРУКЦИЯ ПО ОБРАЩЕНИЮ С МЕДИЦИНСКИМИ ОТХОДАМИ ФГБУЗ СОМЦ ФМБА РОССИИ

#### 1. Область применения

1.1. Настоящая инструкция разработана на основании санитарных правил и норм СанПин 2.1.7.2790-10 (утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 09.12.2010 N 163), методических указаний МУ 3.1.2313-08 «Требования к обеззараживанию и утилизации шприцев инъекционных однократного применения» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ от 15.01.2008),

1.2. Настоящая Инструкция предназначена для всех структурных подразделений ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России (далее Учреждение), занимающихся сбором и временным хранением медицинских отходов Учреждения.

## **2. Общие правила организации системы сбора медицинских отходов и персональной ответственности сотрудников**

2.1. Смешение отходов различных классов в общей емкости недопустимо.

2.2. Сбор, временное хранение и передачу на обеззараживание и утилизацию специализированным организациям на основании контракта (договора) отходов «класс Б» осуществляют медицинские дезинфекторы.

2.3. К работам по обращению с медицинскими отходами не допускается привлечение лиц, не прошедших предварительный инструктаж по безопасному обращению с медицинскими отходами.

2.4. Ответственным лицом за организацию обращения с отходами «класс А» и «класс Г» является заместитель директора по общим вопросам.

2.5. Ответственным лицом за организацию обращения с отходами «класс Б» согласно приказу являются главная медицинская сестра (стационар) и старшая медицинская сестра (поликлиника и здравпункты).

## **3. Правила сбора отходов в медицинских подразделениях**

3.1. Сбор отходов «класс А» осуществляется в многоразовые емкости или одноразовые пакеты. Заполненные многоразовые емкости или одноразовые пакеты доставляются санитарками отделений к местам установки (меж)корпусных контейнеров и перегружаются в контейнеры, предназначенные для сбора отходов данного класса. Многоразовая тара после сбора и опорожнения моется и дезинфицируется санитарками отделений.

3.2. Крупногабаритные отходы «класс А» собираются в специальные бункеры для крупногабаритных отходов. Поверхности и агрегаты крупногабаритных отходов, имевшие контакт с инфицированным материалом или больными, подвергаются обязательной дезинфекции медицинским персоналом отделений.

3.3. Отходы «класс Б»:

3.3.1. Все отходы «класса Б» без дезинфекции укладывают в желтый пакет.

3.3.2. После проведения инъекции (манипуляции) медицинский работник, не накрывая иглу колпачком, отсекает ее от шприца с помощью иглосъемника.

3.3.3. Шприц без иглы в неразобранном виде помещают в желтый пакет соответствующей классу медицинских отходов «класс Б» вместе с перчатками, перевязочным материалом и так далее.

3.3.4. После заполнения иглами иглосъемника контейнер закрывают крышкой и переносят в санитарную комнату или оставляют на рабочем месте до прибытия дезинфектора.

3.3.5. Сбор острого инструментария (иглы, перья и т.д.) осуществляется по методике инъекционных игл в твердый пластиковый контейнер.

3.3.6. Емкости (пакеты, контейнеры) после заполнения на 3/4 объема упаковывают и переносят в санитарную комнату или оставляют на рабочем месте до прибытия дезинфектора.

3.3.7. Медицинские дезинфекторы производят доставку отходов «класс Б» в транспортном контейнере желтого цвета в помещение временного хранения в стационар. В здравпунктах перемещение отходов в места временного хранения осуществляет персонал кабинетов с последующей передачей их дезинфектору.

3.3.8. Вес одной упаковки не должен превышать 10 килограмм.

3.3.9. Каждая упаковка с отходами обязательно маркируется структурным подразделением с указанием: вида отходов, пометкой «не обеззаражено», названия учреждения, кода подразделения, даты и фамилии лица, непосредственно осуществившим сбор отходов.

3.3.10. Дезинфекция многоразовых емкостей для сбора отходов «класс Б» производится ежедневно.

#### 3.4. Отходы «класс Г»

3.4.1. Обращение с люминесцентными лампами, ртутьсодержащими приборами и оборудование осуществляется согласно «Инструкции по организации сбора, накопления и транспортирования ртутьсодержащих ламп в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России».

3.4.2. Отходы «класс Г», относящиеся ко 2 и 3 классу токсичности, в соответствии с классификатором токсичных промышленных отходов собираются и упаковываются в твердую упаковку, 4 класса токсичности - в мягкую.

3.5. В соответствии с требованиями ФЗ от 30.03.99 № 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии" (статья 24) не допускается:

- вручную разрушать, разрезать отходы «класс Б», в том числе использованные системы для внутривенных инфузий, в целях их обеззараживания;
- снимать вручную иглу со шприца после его использования, надевать колпачок на иглу после инъекции;
- пересыпать (перегружать) неупакованные отходы «класса Б» из одной емкости в другую;
- утрамбовывать отходы «класс Б»;
- осуществлять любые операции с отходами без перчаток или необходимых средств индивидуальной защиты и спецодежды;
- использовать мягкую одноразовую упаковку для сбора острого медицинского инструментария и иных острых предметов;
- устанавливать одноразовые и многоразовые емкости для сбора отходов на расстоянии менее 1 м от нагревательных приборов.

### **4. Условия временного хранения и удаления отходов**

4.1. Сбор отходов в местах их образования осуществляется в течение рабочей смены. При использовании одноразовых контейнеров для острого инструментария допускается их заполнение в течение 3-х суток.

4.2. Хранение (накопление) более 24 часов пищевых отходов, необеззараженных отходов «класса Б» осуществляется в холодильных или морозильных камерах.

4.3. Накопление и временное хранение необеззараженных отходов «класса Б» осуществляется отдельно от отходов других классов в специальных помещениях, исключающих доступ посторонних лиц. В здравпунктах допускается временное хранение и накопление отходов «класса Б» в емкостях, размещенных в подсобных помещениях (при хранении более 24-х часов используется холодильное оборудование). Применение холодильного оборудования, предназначенного для накопления отходов, для других целей не допускается.

4.4. Хранение отходов «класс Г» производится в специально отведенных для этой цели вспомогательных помещениях. Утилизация отходов по мере накопления осуществляется специализированной организацией по договору.

4.5. Вывоз отходов «класса Б» из здравпунктов и поликлиники производится отдельно выделенным транспортом стационара. После выгрузки отходов производится дезинфекция автомобиля и многоразовых контейнеров дезинфектором.

4.6. Передачу отходов «класс Б» для термического обеззараживания специализированным организациям, согласно заключенных контрактов (договоров), осуществляет медицинский дезинфектор по накладным с указанием веса переданных отходов. Взвешивание отходов производится совместно с представителем, осуществляющим утилизацию.

## **ИНСТРУКЦИЯ ПО ДЕЙСТВИЯМ ПЕРСОНАЛА ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА «АНАЭРОБНАЯ ИНФЕКЦИЯ»**

1. Организовать изоляцию в палате отделения, где находится больной
2. Все помещения для больных с анаэробной инфекцией оборудуют настенными или потолочными ОБН-150 из расчета 1 облучатель на 30 куб.м помещения или ОБН-300 из расчета 1 облучатель на 60 куб.м помещения.
3. Больному выделяют индивидуальные предметы ухода: плевательницу, подкладное судно и т.д., которые после использования замачивают 6% растворе перекиси водорода с 0,5% моющего средства на 60 минут, затем моют.
4. Для мытья рук и туалета больных используют мыло в мелкой расфасовке.
5. Посуду после использования освобождают от остатков пищи, замачивают 6% растворе перекиси водорода с 0,5% моющего средства на 60 минут, затем моют проточной водой и хранят в закрытом шкафу.
6. Уборку палат производят не менее 2 раз в смену влажным способом с применением 6% раствора перекиси водорода с 0,5% моющего средства.
7. Уборочный материал (ведро, тазы, ветошь) маркируют и используют строго по назначению, хранят в палатах, где находится больной. После использования, дезинфицируют.
8. Обеспечить дополнительной медицинской одеждой персонал – халаты, маски, шапочки, бахилы; перед входом в помещение, переодеваться. Перевязки производятся на месте. Во время перевязки надевают клеенчатый фартук, который после манипуляции протирают ветошью, обильно смоченной 6% перекисью водорода с 0,5% моющим средством.
9. Перевязочный материал используется однократно, во время операции или перевязки, его собирают в специально выделенный бак. Категорически запрещается уничтожать материал без обеззараживания.
10. Инструментарий, используемый во время перевязки или операции собирают в емкость, затем погружают в дезинфицирующее средство, концентрация которого соответствует спорообразующей инфекции. Последующая методика предстерилизационной обработки инструментария и его стерилизация проводится согласно приказа №720.
11. Уборку операционной – перевязочной производят не менее 2 раз в смену с применением 6% раствора перекиси водорода с 0,5% моющего средства с использованием индивидуальных средств защиты: резиновые перчатки, респираторы, защитные очки.

## **V. АЛГОРИТМ ВЫПОЛНЕНИЯ МАНИПУЛЯЦИЙ**

### **ОБРАБОТКА РУК ПЕРСОНАЛА**

#### **Правила обработки рук медицинского персонала и кожных покровов пациентов.**

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

В зависимости от выполняемой медицинской манипуляции и требуемого уровня снижения микробной контаминации кожи рук медицинский персонал осуществляет гигиеническую обработку рук или обработку рук хирургов.

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

## Гигиеническая обработка рук.

1. Гигиеническую обработку рук следует проводить в следующих случаях:

- перед непосредственным контактом с пациентом;
- после контакта с неповрежденной кожей пациента (например, при измерении пульса или артериального давления);
- после контакта с секретами или экскрементами организма, слизистыми оболочками, повязками;



1. Тереть одну ладонь о другую ладонь возвратно-поступательными движениями.

- перед выполнением различных манипуляций по уходу за пациентом;
- после контакта с медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента.

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

2. Гигиеническая обработка рук проводится двумя способами:

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

- обработка рук кожным антисептиком для снижения количества микроорганизмов до безопасного уровня.

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






4. Гигиеническую обработку рук спиртсодержащим или другим, разрешенным к применению антисептиком (без их предварительного мытья) проводят путем втирания его в кожу кистей рук в количестве, рекомендуемом инструкцией по применению, обращая особое внимание на обработку кончиков пальцев, кожи вокруг ногтей, между пальцами. Непременным условием эффективного обеззараживания рук является поддержание их во влажном состоянии в течение рекомендуемого времени обработки.

5. При использовании дозатора новую порцию антисептика (или мыла) наливают в дозатор после его дезинфекции, промывания водой и высушивания.

6. Кожные антисептики для обработки рук должны быть легко доступны на всех этапах лечебно-диагностического процесса.

## ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДВИЖЕНИЙ



	2. Правой ладонью растирать тыльную поверхность левой кисти, поменять руки.
	3. Соединить пальцы одной руки в межпальцевых промежутках другой, тереть внутренние поверхности пальцев движениями вверх и вниз.
	4. Соединить пальцы в «замок», тыльной стороной согнутых пальцев растирать ладонь другой руки.
	5. Охватить основание большого пальца левой кисти между большим и указательным пальцами правой кисти, вращательное трение. Повторить на запястье. Поменять руки.
	6. Круговым движением тереть ладонь левой кисти кончиками пальцев правой руки, поменять руки.

## ОБРАБОТКА РУК ХИРУРГОВ

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

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

II этап – обработка антисептиком кистей рук, а затем высушивание стерильным полотенцем (салфеткой:)

2. Количество антисептика, необходимое для обработки, кратность обработки и её продолжительность определяются рекомендациями, изложенными в методических указаниях/инструкциях по применению конкретного средства. Непременным условием

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

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

## ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЕ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ПАЦИЕНТОВ

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

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

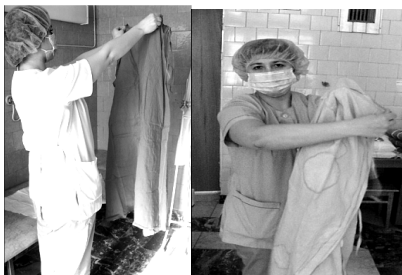
3. Для санитарной обработки кожных покровов пациентов (общей или частичной) используют антисептики, не содержащие спирты, обладающие дезинфицирующими и моющими свойствами. Санитарную обработку проводят накануне оперативного вмешательства или при уходе за пациентом

## ПОРЯДОК НАДЕВАНИЯ СТЕРИЛЬНОГО ХАЛАТА



### обработать руки гигиеническим методом

открыть [бикс](#), где находятся халаты, удостовериться по индикаторам в их стерильности



### обработать руки хирургическим методом

не касаясь наружных стенок бикса вынуть халат

взять халат за ворот и на вытянутых руках на уровне груди, не касаясь себя и окружающих предметов, развернуть его

осторожно, защищая верхним стерильным краем горловины правую кисть руки, надевает рукав на левую руку



## **Использование перчаток**

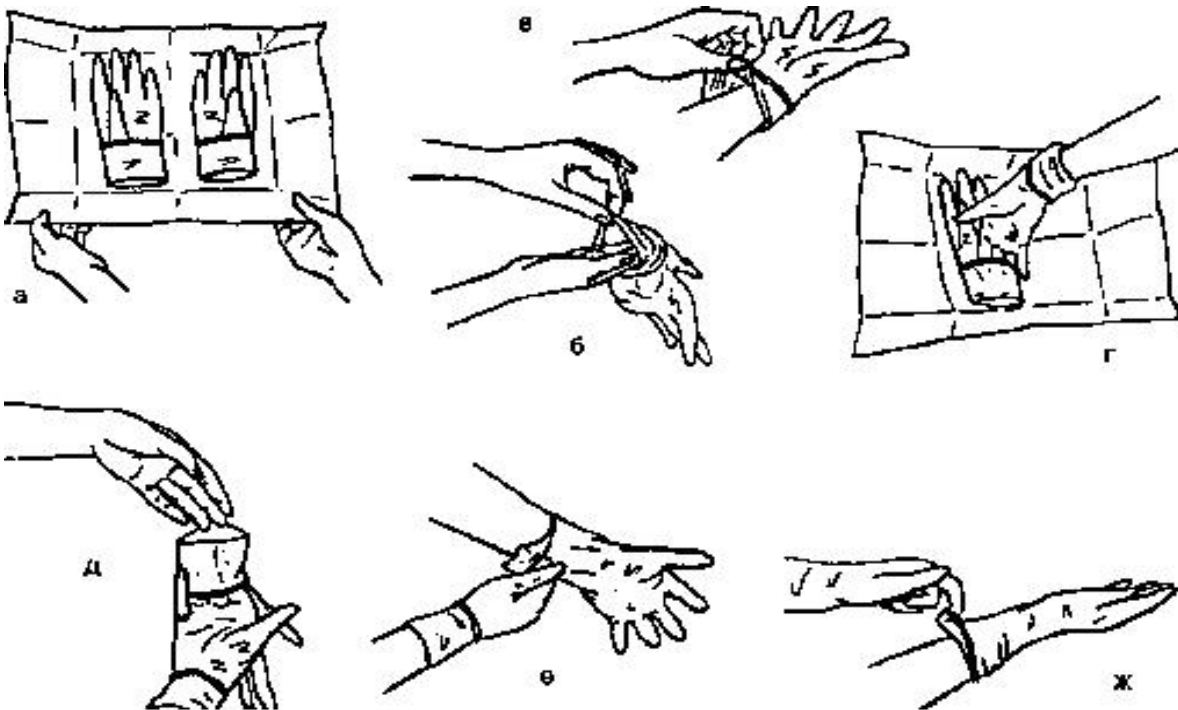
1. Перчатки необходимо надевать во всех случаях, когда возможен контакт с кровью или другими биологическими субстратами, потенциально или явно контаминированными микроорганизмами, слизистыми оболочками, поврежденной кожей.

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

3. При загрязнении перчаток выделениями, кровью и т.п. во избежание загрязнения рук в процессе их снятия следует тампоном (салфеткой), смоченной раствором дезинфицирующего средства (или антисептика), убрать видимые загрязнения. Снять перчатки, погрузить их в раствор средства, затем утилизировать. Руки обработать антисептиком.

## ПОРЯДОК НАДЕВАНИЯ СТЕРИЛЬНЫХ ПЕРЧАТОК

1. Вымыть руки хирургическим методом
2. Вскрыть верхнюю упаковку на розовых стерильных перчатках и достать пинцетом перчатки во внутренней упаковке (или достать стерильным пинцетом перчатки в упаковке из бикса).
3. Расположить перчатки на отдельном столике на стерильной пленке.
4. Взять перчатку за отворот левой рукой так, чтобы пальцы не касались внутренней поверхности перчатки.
5. Сомкнуть пальцы правой руки и ввести их в перчатку.
6. Разомкнуть пальцы правой руки и натянуть перчатку на пальцы, не нарушая ее отворота.
7. Завести под отворот левой перчатки 2, 3 и 4-й пальцы правой руки, при этом 1 -й палец правой руки должен быть направлен в сторону 1-го пальца на левой перчатке.
8. Сомкнуть пальцы левой руки и ввести их в перчатку, которую вертикально держат 2, 3 и 4-й пальцы правой руки.
9. Отвернуть загнутый край сначала на левой перчатке, а затем на правой перчатке, не меняя положение пальцев.



**Руки в стерильных перчатках следует держать согнутыми в локтевых суставах и приподнятыми вперед на уровне выше пояса (если руки опустить ниже уровня пояса, они считаются расстерилизованными).**

В зависимости от ситуации, перчатки лучше надеть на рукава халата. В тех случаях, когда не требуется халат с длинными рукавами, перчатки закрывают запястье и часть предплечья.

## ПОРЯДОК НАКРЫТИЯ СТЕРИЛЬНОГО СТОЛА

( согласно СанПин 2.1.3.2630-10)

1. При подготовке стерильных столов необходимо соблюдать меры асептики:

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

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

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

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

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

- проверяют дату стерилизации;

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

3. Перед подготовкой стерильных столов медицинская сестра обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком по технологии обработки рук хирургов, надевает стерильные халат и перчатки (без шапочки и маски вход в малую манипуляционную/перевязочную запрещен).

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

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

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

7. Малый инструментальный рабочий стол после каждой манипуляции накрывают заново для следующей манипуляции. Стерильный перевязочный стол накрывается медицинской сестрой на каждую перевязку.

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

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

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

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

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

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

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

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

## АЛГОРИТМ ПЕРЕВЯЗКИ «ЧИСТЫХ» ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН

Перевязка состоит из четырех этапов:

1. снятие ранее наложенной повязки
2. туалет окружности раны
3. лечебные мероприятия
4. наложение новой асептической повязки и ее фиксация.

*Проведение каждого из этапов перевязки должно проводиться с учетом обеспечения инфекционной безопасности персонала и пациентов.*

### **Первый этап перевязки**

- снятие ранее наложенной повязки

а) бинтовой:

- снять бинт, не скручивая его. Бинты, сильно пропитанные кровью, предварительно смочить 3% раствором перекиси водорода. Разрезать повязку ножницами (предварительно под повязку вводят закругленную браншу)

- придерживая кожу, анатомическим пинцетом аккуратно отслоить повязку

б) снятие пластырной повязки:

- придерживая кожу, анатомическим пинцетом аккуратно отслоить повязку от одного конца раны к другому

**Старая повязка помещается в контейнер для отходов группы «Б», пинцет сбрасывается в лоток для отработанного материала. Снять перчатки, погрузить их в раствор средства, затем утилизировать. Руки обработать антисептиком**

*При загрязнении перчаток выделениями, кровью и т.п. во избежание загрязнения рук в процессе их снятия следует тампоном (салфеткой), смоченной раствором дезинфицирующего средства (или антисептика), убрать видимые загрязнения. Снять перчатки, погрузить их в раствор средства, затем утилизировать. Руки обработать антисептиком*

### ***Второй этап перевязки***

- туалет окружности раны

Надеть стерильные перчатки. Вторым стерильным пинцетом (зажимом) и шариком обрабатывается рана и кожа вокруг раны антисептическим раствором, начиная от краев раны к периферии.

### ***Третий этап перевязки***

- лечебные мероприятия

Третьим пинцетом и ножницами (при необходимости) снимаются швы. Этим же пинцетом и шариком, смоченным раствором антисептика обрабатывается послеоперационный рубец. Разведение краев раны (при необходимости) также проводится стерильным зажимом (пинцетом).

### ***Четвертый этап перевязки***

- наложение асептической повязки на рану

Третьим и вторым пинцетами (зажимами) накладывается асептическая повязка на рану. Повязка фиксируется лейкопластырем или бинтом.

## **АЛГОРИТМ ПЕРЕВЯЗКИ « ГНОЙНЫХ» ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН**

### ***Первый этап перевязки***

- снятие ранее наложенной повязки

Выполняется согласно стандарту снятия ранее наложенной повязки при перевязке чистых ран.

### ***Второй этап перевязки***

- туалет окружности раны

Вторым стерильным пинцетом и стерильными шариками, чередуя сухой и смоченный в 3% перекиси водорода, очистить рану (гной не стирают, а слегка прижимают шариком к поверхности раны, как промокательную бумагу).

### ***Третий этап перевязки***

- лечебные мероприятия

Все лечебные мероприятия в ране проводятся стерильными инструментами и перевязочными материалами.

При наличии дренажа, вокруг него накладывается разрезанная до половины маленькая салфетка, для предупреждения инфицирования раны.

### ***Четвертый этап перевязки***

- наложение асептической повязки

Асептическая повязка накладывается стерильным пинцетом (зажимом), фиксируется.

### ***заключительный этап***

проводится после окончания перевязки каждого больного

1. перевязочный стол протирается дезинфицирующим раствором.
2. инструменты, контаминированные кровью и гноем, промывают в промывных водах (при использовании средств для совмещенной дезинфекции и предстерилизационной очистки)
3. затем погружаются в дезинфицирующий раствор, совмещенный с предстерилизационной очисткой.
4. Отработанный перевязочный материал собирают в контейнер для отходов группы «Б»
5. Лотки для отработанного материала погружают в дезинфицирующий раствор.

## **ПЕРЕВЯЗКА В ПАЛАТЕ РЕАНИМАЦИИ**

Используется мобильный столик из двух составляющих: верх «стерильно», низ - «нестерильно».

Для перевязок в палате необходимо иметь укладку, состоящую из стерильного лотка, который сверху покрыт пленкой или полотенцем в 4-е слоя. В лоток кладут инструменты, перевязочный материал, стерильные перчатки для хирурга и перевязочной медицинской сестры. Отдельно берется лоток для отработанного инструментария, который должен быть соответственно маркирован - «отработанный материал класс Б».

Отработанные салфетки и шарики погружают в емкость с дезинфектантом «отработанный материал класс Б».

Лоток вместе с отработанным инструментарием подвергают дезинфекции и предстерилизационной очистке, в условиях перевязочной отделения.



## АЛГОРИТМ ПОДГОТОВКИ УКЛАДКИ К СТЕРИЛИЗАЦИИ



\* Салфетки сортируют по размерам и свертывают в упаковки по 10 штук.



\* Ватные шарики укладывают в крафт - пакеты в количестве не более 30 штук



\* Белье, халаты, пеленки не должны иметь “разлохмаченных” концов. Халаты должны быть с поясами и завязками на рукавах. Халат свертывают наизнанку и размещают воротником вверх.



*Небольшие наборы упаковывают в двухслойную крепированную бумагу. Общая масса пакета не должна превышать 3 кг, во избежание образования чрезмерного количества конденсата.*



\* Для стерилизации инструментальных наборов в сетчатых лотках предложена двухслойная упаковка.

- Нижний слой полупростыня, в которую заворачивают лоток. Края полупростыни фиксируют бумажной индикаторной лентой.

- Второй слой - крепированная бумага, края которой также фиксируют термоиндикаторной лентой.



*Масса одного набора инструментов не должна превышать 10 кг, во избежание образования чрезмерного количества конденсата.*

Транспортировка простерилизованных материалов осуществляется в каталках со сплошной нижней полкой, каждый ярус каталки выстилают стерильной простыней и плотно закутывают стерильные укладки, что предупреждает контаминацию изделий.

## Укладка используется только на 1 перевязку!!!

При отсутствии лотка, можно воспользоваться укладкой из стерильной крафт-бумаги.  
Срок хранения укладки, упакованной в крафт-бумагу и бязь - 3 суток

### АЛГОРИТМ ПОДГОТОВКИ БИКСА К СТЕРИЛИЗАЦИИ И ТРАНСПОРТИРОВКЕ В ЦСО



Бикс протирают раствором дезинфектанта двукратно с интервалом 15 минут

бикс выстилают большой салфеткой, которая должна свисать снаружи на 2/3 высоты бикса

на дно кладем индикатор



изделия, упакованные в бязь или крафт-бумагу, выкладывают вертикально или на ребро, расстояние между упаковками равно толщине ладони, чтобы пар мог равномерно проникать между изделиями

стеклянные изделия (бутыли, чашки, сосуды, флаконы) упаковывают в одноразовую упаковку – отверстием вниз, чтобы можно было извлечь по окончании стерилизации в асептических условиях



в середину бикса кладем индикатор

большой салфеткой изделия накрывают, и наверх кладем еще один индикатор



бикс закрываем и к ручке бикса прикрепляем бирку, на которой указываем материал, уложенный в бикс

окошечки бикса открыты

бикс доставляем в ЦСО в двух мешках



*\* При вскрытии бикса обращайте внимание на дату стерилизации, цвет индикатора – лента индикатора должна быть коричневой*

*\* Изделия в биксе должны быть сухими, влажные изделия - не стерильны!*



## ПОДГОТОВКА НАБОРОВ К СТЕРИЛИЗАЦИИ В СУХОЖАРОВОМ ШКАФУ

Шкаф перед закладкой в них изделий протирается раствором дезинфицирующего средства двукратно с интервалом 15 минут

Инструменты на решетках располагают в один ряд, с раскрытыми замками

Индикаторы закладывают в каждую укладку, на каждую решетку не менее 5 штук (по середине и по бокам решетки шкафа)

*\* Изделия после стерилизации, стерилизующиеся открытым методом – стерильны только 2 часа*

*\* Изделия, стерилизующиеся в крафт-бумаге – стерильны сутки*

## ПАМЯТКА ПО УСЛОВИЯМ ХРАНЕНИЯ ТРАНСПОРТНЫХ СИСТЕМ ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Пластиковые системы для забора и транспортировки биоматериала.

Система состоит из двух предметов, помещённых в стерильный пакет: пластиковой пробирки с транспортной средой и аппликатор с вязким тампоном. Пакеты для транспортных систем сделаны из специальной пластиковой плёнки, которая предотвращает проникновение атмосферного воздуха.

*Хранить системы для забора и транспортировки биоматериала при комнатной температуре, срок годности указан на системе.*

2. Флаконы с питательной средой для посева крови коммерческого изготовления.

*Хранение - при комнатной температуре, в прохладном, защищенном от солнечного света месте, срок годности указан на флаконе.*

3. Флаконы с питательной средой, изготовленные в бактериологической лаборатории.

*Хранение - при комнатной температуре, в прохладном, защищенном от солнечного света месте - в течение 7 суток с момента стерилизации.*

4. Пластиковые пробирки без среды и аппликатор с вязким тампоном

*- хранение при комнатной температуре, срок годности указан на упаковке.*

5. Пластиковые контейнеры

*- хранение при комнатной температуре, срок годности указан на упаковке.*

6. Стеклянные пробирки с резиновыми пробками

*- хранение при комнатной температуре в течение 72 часов с момента стерилизации.*

7. Стеклянные пробирки без среды и аппликатор с ватным тампоном

*- хранение при комнатной температуре в течение 72 часов с момента стерилизации.*

8. Стеклянные пробирки с транспортной средой, резиновой пробкой и аппликатором с ректальной петлёй (исследование на дизентерию, сальмонеллёз, ЭПКП)

*- хранение в условиях холодильника ( $4^{\circ}C$ ) в течение 72 часов с момента стерилизации.*

9. Стеклянные пробирки, изогнутый аппликатор с ватным тампоном, смоченный транспортной средой (исследование на коклюш)

хранение в условиях холодильника ( $4^{\circ}\text{C}$ ) в течение 3 суток с момента стерилизации.

10. Чашки Петри со средой (исследование на дифтерию)

- хранение в условиях холодильника ( $4^{\circ}\text{C}$ ) в течение 3 суток с момента приготовления.

11. Стеклянные пробирки с транспортной средой и аппликатором с ватным тампоном (исследование на дифтерию)

- хранение в условиях холодильника ( $4^{\circ}\text{C}$ ) в течение 10 суток с момента приготовления

## **VI. ЗАЩИТА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ОТ ИНФИЦИРОВАНИЯ**

### **СОСТАВ АПТЕЧКИ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ АВАРИЙНЫХ СИТУАЦИЯХ С КРОВЬЮ**

Спирт 70%	200 мл
Спиртовый раствор йода 5%	15 мл
Бинт стерильный	2 шт.
Салфетки стерильные	10 шт.
Лейкопластырь бактерицидный	5 шт.

Аптечка первой медицинской помощи для профилактики ВИЧ-инфекции должна храниться в отдельном промаркированном контейнере.

### **ИНСТРУКЦИЯ**

#### **О ДЕЙСТВИИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ПРИ АВАРИЙНОЙ СИТУАЦИИ**

Во избежание заражения парентеральными вирусными гепатитами, ВИЧ-инфекцией следует соблюдать правила работы с колющим и режущим инструментарием.

1. В случае порезов и уколов немедленно снять перчатки, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать руки 70 %-м спиртом, смазать ранку 5 %-м раствором йода.

2. При попадании крови или других биологических жидкостей на кожные покровы это место обрабатывают 70 %-м спиртом, обмывают водой с мылом и повторно обрабатывают 70 %-м спиртом.

3. При попадании крови и других биологических жидкостей пациента на слизистую оболочку глаз, носа и рта: ротовую полость промыть большим количеством воды и полоскать 70 %-м раствором спирта, слизистую оболочку носа и глаз обильно промыть водой ( не тереть).

4. При попадании крови и других биологических жидкостей пациента на халат, одежду: снять рабочую одежду и погрузить в дезинфицирующий раствор или в бикс (бак) для автоклавирования.

5. Как можно быстрее начать прием антиретровирусных препаратов в целях постконтактной профилактики заражения ВИЧ- инфекцией.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** инструкция разработана на основании СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ - инфекции»

С целью экстренной профилактики ВИЧ-инфекции назначаются азидотимидин в течение 1 месяца. Сочетание азидотимидина (ретровир) и ламивудина (эливир) усиливает антиретровирусную активность и преодолевает формирование резистентных штаммов. При высоком риске заражения ВИЧ-инфекцией (глубокий порез, попадание видимой крови на поврежденную кожу и слизистые от пациентов, инфицированных ВИЧ) для назначения

химиопрофилактики следует обращаться в территориальные Центры по борьбе и профилактике СПИД.

Лица, подвергшиеся угрозе заражения ВИЧ-инфекцией, находятся под наблюдением врача-инфекциониста в течение 1 года с обязательным обследованием на наличие маркера ВИЧ-инфекции.

Персоналу, у которого произошел контакт с материалом, инфицированным вирусом гепатита В, вводится одновременно специфический иммуноглобулин (не позднее 48 ч) и вакцина против гепатита В в разные участки тела по схеме 0—1—2—6 мес. с последующим контролем за маркерами гепатита (не ранее 3—4 мес. после введения иммуноглобулина). Если контакт произошел у ранее вакцинированного медработника, целесообразно определить уровень анти-НВs в сыворотке крови. При наличии концентрации антител в титре 10 МЕ/л и выше вакцинопрофилактика не проводится, при отсутствии антител – целесообразно одновременное введение 1 дозы иммуноглобулина и бустерной дозы вакцины.

## **VII. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ**

### **ПЕРЕЧЕНЬ РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИХ ПРИКАЗОВ ПО МЕДИЦИНСКОМУ И МЕДИКАМЕНТОЗНОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ**

1. приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 августа 2010 г. № 706Н «Об утверждении правил хранения лекарственных средств» (в ред. приказа Минсоцразвития РФ от 28.12.2010 № 1221Н)
2. приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12 февраля 2007 г. №110 "О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания"
3. приказ МЗ РФ № 80от 04.03.2003 года «Об утверждении отраслевого стандарта «Правила отпуска (реализации) лекарственных средств в аптечных организациях. Основные положения»
4. приказ МЗ РФ № 328от 23.08.1999 года «О рациональном назначении лекарственных средств, правилах выписывания рецептов на них и порядке их отпуска аптечными учреждениями (организациями)»
5. Постановление Правительства РФ № 681от 30.06.1998 года «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации»
6. приказ МЗ РФ № 330от 12.11.1997 года «О мерах по улучшению учета хранения, выписывания и использования наркотических средств и психотропных веществ»
7. приказ МЗ РФ №318от 05.11.1997 года Об утвержден «Инструкции о порядке хранения и обращения в фармацевтических (аптечных) организациях с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, обладающими огнеопасными и взрывоопасными свойствами»
8. приказ МЗ РФ №326 от 03.07.1997г. «О правилах выписывания рецептов на лекарственные средства и их отпуске»
9. приказ МЗ РФ №326 от 03.07.1997г., дополнение к приложению №4 (по ОКБ от 14.01.1999г). «Перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету в подразделениях больницы»
10. приказ МЗ РФ № 214от 16.06.1997 года «О контроле качества лекарственных средств, изготавливаемых в аптечных организациях (аптеках)»
11. приказ МЗ РФ №377 от 13.11.1996г. «Об утверждении различных групп лекарственных средств и изделий медицинского назначения»
12. приказ МЗ СССР №245 от 30.08.1991г. «О нормативах потребления этилового спирта для учреждения здравоохранения, образования и социального обеспечения»

13. приказ МЗ СССР №747 от 02.06.1987г. «Инструкция по учету медикаментов, перевязочных средств и изделий медицинского назначения в лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения, состоящих на государственном бюджете СССР»
14. приказ МЗ СССР №523 от 03.07.1968 г. «О порядке хранения лекарственных средств для наружного и внутреннего применения»

## **ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ ХРАНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

### **Хранение, учет и расходование лекарственных препаратов в перевязочном кабинете**

(приказ № 523 от 03.07.1968г «О порядке хранения лекарственных средств для наружного и внутреннего применения»)

Хранение лекарственных средств для наружного и внутреннего применения должно производиться на отдельных полках, о чем должна быть произведена соответствующая маркировка. из аптеки лекарственные средства поступают в готовом к употреблению виде с точным и ясным обозначением на этикетке: «Внутреннее», «Наружное».

***Расфасовка, рассыпка, переливание, а так же замена этикеток запрещена!***

#### **Сроки годности лекарственных средств, изготовленных в аптеке:**

(приказ МЗ РФ № 214 от 16.07.1997г. «О контроле качества лекарственных средств, изготавливаемых в аптечных организациях (аптеках)»)

- инъекционные растворы во флаконах, герметически закатанных - 30-90 суток
- вскрытые флаконы (на флаконе указывают дату и время вскрытия, подпись м/с) – 6 часов
- мази - 10 суток
- перекись водорода - 10 суток
- перманганат калия - 10 суток

## **VIII. АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ**

Анафилактический шок является следствием аллергической реакции немедленного типа: сопровождается опасным для жизни нарушением всех систем организма (дыхательной, сердечно – сосудистой, нервной, эндокринной и т.д.). развитие шока провоцируют любые лекарственные средства (антибиотики, сульфаниламиды, витамины, анальгетики, йодсодержащие препараты и др.)

#### **Клинические признаки**

На фоне или сразу после введения лекарственного препарата/сыворотки, укуса насекомого и т.д.

- появилась слабость, головокружение
- затруднение дыхания, чувство нехватки воздуха
- беспокойство, чувство жара во всем теле
- сухость во рту, затруднение глотания/ иногда рвота
- кожа бледная, холодная, влажная
- дыхание частое, поверхностное
- систолическое давление 90 мм рт. ст. и ниже

- в тяжелых случаях угнетение сознания и дыхания
- позднее появляются судороги, затемняется сознание
- кожа покрыта зудящими пятнами (крапивница)

#### Тактика медицинской сестры

действия	обоснование
прекратить введение препарата, сохранить венозный доступ	снижение дозы аллергена
срочно вызвать врача	для определения тактики оказания медицинской помощи
придать пациенту устойчивое боковое положение приподнять ножной конец	для улучшения кровоснабжения мозга
дать увлажненный кислород	для снижения гипоксии
измерить артериальное давление и частоту сердечных сокращений	контроль состояния
приготовить лекарственные препараты из противошоковой аптечки	

#### Аптечка первой медицинской помощи Противошоковый набор

№	наименование	количество	место хранения
1	адреналин 0,1 % - 1,0	5 ампул	в холодильнике процедурной
2	дексаметазон 4 мг – 1,0	5 ампул	
3	изотонический раствор 0,9 % хлорида натрия	500 мл	
4	устройство для переливания растворов	1	
5	шприц 5,0	1	
6	шприц 10,0	1	
7	шприц 20,0	1	
8	жгут резиновый	1	