

Приказ N 720 (МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР, 31 июля 1978 г.)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

ПРИКАЗ

31 июля 1978 г.

N 720

ОБ УЛУЧШЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ГНОЙНЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И УСИЛЕНИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО БОРЬБЕ С ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

В последние десятилетия в лечении гнойных ран достигнуты определенные успехи, благодаря совершенствованию методов антибактериальной терапии ран, появлению новых антибиотиков и химиопрепаратов, новым методам хирургической обработки гнойного очага, применению ферментов, гормонов и пр.

Вместе с тем проблема хирургической и внутрибольничной гнойной инфекции приобрела особое значение в связи с увеличением частоты гнойных заболеваний и послеоперационных осложнений. В отдельных случаях некоторые гнойные заболевания (маститы, панариции и др.) клинически протекают очень остро и нередко быстро ведут к генерализации гнойного процесса и к смерти больных. Даже такие простейшие вмешательства, как внутримышечные инъекции лекарственных препаратов у ряда больных могут вызвать развитие тяжелых по клиническому течению постинъекционных нагноений.

Рост числа гнойных хирургических заболеваний и осложнений, в том числе и внутрибольничных, является следствием целого ряда причин: изменения среды обитания микробов и их свойств, внедрения в практику все более сложных оперативных вмешательств, увеличения числа оперированных больных пожилого возраста и пр. Наряду с этим крайне неблагоприятное влияние на развитие гнойных осложнений и возникновение внутрибольничных хирургических инфекций оказывают широкое, часто нерациональное и бессистемное, применение антибиотиков, несоблюдение правил асептики и антисептики, а также нарушение санитарно - гигиенических условий в больницах и клиниках, направленных на выявление, изоляцию источников инфекции и прерывание путей ее передачи.

Руководители некоторых лечебно - профилактических учреждений не всегда обеспечивают систематическое обследование медицинского персонала на носительство патогенного стафилококка и проведение в необходимых случаях санации. В ряде лечебно - профилактических учреждений больные с гнойными процессами находятся в одних палатах вместе с больными без таких процессов, в палатах и отделениях гнойной хирургии не обеспечен строгий санитарно - гигиенический режим, не всегда проводится качественная уборка палат, помещений, обработка рук медицинского персонала, отсутствует систематический бактериологический контроль, имеются случаи нарушения правил стерилизации инструментов и материала. Как правило, не проводится детальное эпидемиологическое обследование при возникновении в отделениях хирургического профиля внутрибольничной гнойной инфекции, выявление ее источников, путей и факторов передачи, проведение мероприятий по предупреждению дальнейшего распространения.

Послеоперационные гнойные осложнения, в т.ч. и вследствие внутрибольничной инфекции, усложняют лечение больных, удлиняют время их пребывания в стационаре, сроки временной нетрудоспособности и отрицательно сказываются на исходах лечения.

Несмотря на приказ Министерства здравоохранения СССР N 380 от 16 апреля 1975 г. "О состоянии и перспективах развития лабораторной клинико - диагностической службы в стране", в ряде

больниц не обеспечен тот обязательный минимум бактериологических исследований, который определен этим приказом, что отрицательно сказывается на лечении гнойных процессов с помощью антибиотиков.

Ежегодно в институтах усовершенствования врачей планируются циклы тематического усовершенствования для заведующих и врачей - хирургов хирургических отделений больниц и поликлиник по гнойной инфекции в хирургии. Однако, органы здравоохранения совершенно недостаточно уделяют внимания вопросу направления врачей - хирургов на эти циклы. Так, заявка органов здравоохранения в целом по стране в 1977 году составила 50 мест, а в 1978 году - 18 мест.

В целях дальнейшего улучшения медицинской помощи больным с гнойными заболеваниями и усиления мероприятий по борьбе с внутрибольничной инфекцией:

I. УТВЕРЖДАЮ:

1. Инструкцию по организации и проведению санитарно - гигиенических мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в лечебно - профилактических учреждениях (отделениях хирургического профиля, в палатах и отделениях реанимации и интенсивной терапии) (приложение 1).

2. Инструкцию по бактериологическому контролю комплекса санитарно - гигиенических мероприятий в лечебно - профилактических учреждениях (отделениях хирургического профиля, в палатах и отделениях реанимации и интенсивной терапии) (приложение 2).

3. Инструкцию по бактериологическому обследованию на выявление носителей патогенного стафилококка и проведению санации (приложение 3).

4. Инструкцию по очистке (мойке) обеззараживанию аппаратов ингаляционного наркоза и искусственной вентиляции легких (приложение 4).

II. ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Министрам здравоохранения союзных республик, министрам здравоохранения автономных республик, заведующим краевыми, областными отделами здравоохранения:

а) начиная с 1978 года, принять меры по организации отделений гнойной хирургии с числом 60 и более коек в крупных многопрофильных больницах для лечения больных с хирургическими гнойными заболеваниями и осложнениями.

В больницах, в которых количество больных с такими заболеваниями недостаточно для организации отделений, концентрировать их в палатные секции или выделенные палаты;

б) обеспечить всеми лечебно - профилактическими учреждениями, а также санитарно - эпидемиологическими и дезинфекционными станциями строгое выполнение утвержденных настоящим приказом инструкций (приложения 1, 2, 3, 4). С этой целью обязать руководителей указанных выше учреждений в течение 1978 года разработать подробные планы по выполнению настоящего приказа и установить строгий контроль за их своевременным и безусловным выполнением;

в) до 31 декабря 1978 года создать в каждом лечебно - профилактическом учреждении, имеющем в своем составе отделения хирургического профиля, постоянно действующую комиссию под председательством заместителя главного врача по медицинской части или опытного врача - клинициста для координации организации и проведения комплекса санитарно - гигиенических мероприятий по профилактике внутрибольничных хирургических инфекций. Установить, что комиссия не реже 1 раза в квартал проводит анализ санитарно - гигиенической обстановки в лечебно - профилактическом учреждении и на основании этого анализа представляет главному врачу соответствующие предложения;

г) с целью снижения вероятности инфицирования больных вирулентными и устойчивыми к антибиотикам больничными микроорганизмами и предупреждения послеоперационных осложнений принять меры по организации в поликлинических условиях максимально

возможного обследования больных, госпитализируемых для планового оперативного лечения, и сокращению сроков пребывания больных в стационаре до операции;

д) обязать руководителей лечебно - профилактических учреждений: - проводить эпидемиологическое расследование каждого случая

возникновения постинъекционного гнойного осложнения у больных и принимать необходимые меры по предупреждению подобных осложнений;

- для предупреждения развития в поздние сроки нагноений послеоперационных инфильтратов выписку больных с подобными осложнениями производить из стационара только после их излечения;

е) в течение 1978 года:

- определить сроки организации в крупных лечебно - профилактических учреждениях централизованных стерилизационных с учетом возможности обеспечения их необходимым оборудованием и оснащением;

- изучить потребность лечебных учреждений в установках для кондиционирования воздуха с конденсатором (воздушного и водяного охлаждения) УКВ-2 и аппаратах воздухоочистительных передвижных рециркуляционных ВОПР-0,9 и ВОПР-1,5 для операционных, палат реанимации интенсивной терапии, перевязочных и в соответствии с потребностью представлять заявки на эти установки во В/О "Союзмедтехника" в установленном порядке;

- принять меры по улучшению бактериологического контроля в лечебно - профилактических учреждениях в соответствии с приказом Министерства здравоохранения СССР № 380 от 16 апреля 1975 г. "О состоянии и перспективах развития лабораторной клиничко - диагностической службы в стране". Установить, что лечение антибиотиками больных с гнойно - воспалительными заболеваниями и осложнениями должно обязательно проводиться с учетом данных антибиотикограммы.

2. Министрам здравоохранения союзных республик ежегодно определять потребность в повышении квалификации врачей - хирургов больниц и поликлиник по вопросам гнойной хирургии и в установленные сроки представлять заявку на их подготовку в Главное управление учебных заведений Министерства здравоохранения СССР.

3. Президенту Академии медицинских наук СССР, директорам научно - исследовательских институтов хирургического профиля, ректорам медицинских институтов союзного подчинения и институтов усовершенствования врачей, имеющих отделения хирургического профиля в клиниках, в течение 1978 года разработать мероприятия по выполнению настоящего приказа.

4. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на начальника Главного управления лечебно - профилактической помощи тов. Шаткина И.В. и начальника Главного санитарно - эпидемиологического управления тов. Ковшило В.Е.

Министр
здравоохранения СССР
Б.В.ПЕТРОВСКИЙ

Приложение N 1

к приказу Министерства
здравоохранения СССР
от 31.07.1978 г. N 720

ИНСТРУКЦИЯ <*>

ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ САНИТАРНО - ГИГИЕНИЧЕСКИХ
МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В
ЛЕЧЕБНО - ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ (ОТДЕЛЕНИЯХ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, В ПАЛАТАХ И ОТДЕЛЕНИЯХ
РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ)

1. Общие положения

1.1. Инструкция предназначена для персонала лечебно - профилактических учреждений (отделений хирургического профиля, палат и отделений реанимации и интенсивной терапии), а также для работников санитарно - эпидемиологических станций, организующих и контролирующих проведение мероприятий по неспецифической профилактике внутрибольничных инфекций.

<*> Инструкция разработана Всесоюзным научно - исследовательским институтом дезинфекции и стерилизации Минздрава СССР.

1.2. Внутрибольничные инфекции - это инфекционные заболевания, полученные больными в лечебных учреждениях.

1.3. Современные внутрибольничные инфекции в хирургических клиниках вызываются различными микроорганизмами и клинически проявляются в основном синдромом нагноений и септических поражений.

1.4. Наиболее часто возбудителями внутрибольничных инфекций являются резистентные к антибиотикам штаммы золотистого стафилококка, синегнойной палочки, протей, кишечной палочки, клебсиелл, серраций, грибов кандиды, а также различные ассоциации указанных микробов.

1.5. Источниками внутрибольничных инфекций в хирургических стационарах являются больные острыми и хроническими формами гнойно - септических заболеваний и бессимптомные носители патогенных микроорганизмов среди больных и персонала.

1.6. В зависимости от локализации возбудителя выделение его из организма больного или носителя происходит через различные органы и ткани (дыхательные пути, желудочно - кишечный тракт, моче - половой тракт и др.).

1.7. Распространение возбудителей внутрибольничных инфекций происходит двумя путями: воздушно - капельным и контактным. Основными факторами передачи являются воздух, руки, многочисленные объекты внешней среды (белье, перевязочный материал, инструментарий, аппаратура и т.д.).

1.8. Для профилактики и борьбы с послеоперационными гнойными осложнениями организуют и проводят комплекс санитарно - гигиенических мероприятий, направленных на выявление и изоляцию источников инфекции и прерыв путей передачи. Комплекс включает: своевременное выявление и изоляцию в специальные отделения (секции), палаты больных, у которых послеоперационный период осложнился гнойно - септическими заболеваниями, своевременное выявление носителей патогенного стафилококка и их санацию, применение высокоэффективных методов обеззараживания рук медицинского персонала и кожи операционного поля, организацию централизованной стерилизации белья, перевязочного материала, инструментов, шприцов, использование методов и средств дезинфекции для обработки различных объектов внешней среды (постельные принадлежности, мягкий инвентарь, одежда, обувь, посуда и т.д.), имеющих эпидемиологическое значение в механизме передачи

внутрибольничных инфекций.

1.9. Ответственность за проведение комплекса мероприятий по борьбе с послеоперационными осложнениями возлагается на главного врача и заведующих отделениями хирургического профиля лечебно - профилактических учреждений.

1.10. Заведующие отделениями вместе со старшими сестрами отделений организуют и контролируют выполнение настоящей инструкции.

1.11. Старшая сестра отделения проводит инструктаж среднего и младшего медицинского персонала по выполнению комплекса противозидемических мероприятий.

1.12. Каждый сотрудник, поступающий на работу, в отделение хирургического профиля, проходит:

- полный медицинский осмотр, включающий осмотр оториноларингологом и стоматологом, бактериологическое исследование мазков со слизистой носоглотки на наличие патогенного стафилококка;

- краткий инструктаж по проведению основных санитарно - противозидемических мероприятий на порученном данному сотруднику участке работы.

1.13. Весь работающий персонал должен быть взят под диспансерное наблюдение для своевременного выявления и излечения кариозных зубов, хронических воспалительных заболеваний носоглотки, а также своевременного выявления носителей патогенного стафилококка (особенно персонала операционного блока, палат и отделений реанимации и интенсивной терапии, послеоперационных палат).

1.14. Медицинские осмотры персонала отделения производят в соответствии с действующей инструкцией об обязательных медицинских осмотрах. При выявлении открытых воспалительных процессов или признаков недомогания у отдельных лиц их отстраняют от работы до полного выздоровления.

1.15. Заведующий отделением один раз в квартал организует обследование обслуживающего персонала на носительство патогенного стафилококка и в случае выявления носителей организует проведение санации их.

1.16. При возникновении внутрибольничных инфекций среди больных проводят внеочередной медицинский осмотр всего персонала отделения, а также внеочередное бактериологическое обследование на носительство.

1.17. При возникновении в хирургическом стационаре внутрибольничных инфекций проводят детальное эпидемиологическое обследование, в ходе которого выявляют возможные источники инфекции, пути и факторы передачи и проводят мероприятия по предупреждению дальнейшего распространения заболевания.

1.18. Эпидемиологическое обследование проводит эпидемиолог санитарно - эпидемиологической станции.

2. Санитарно - гигиенический режим в приемном отделении

2.1. Врач осматривает всех поступающих в приемное отделение для своевременного выявления и изоляции больных с гнойно - септическими заболеваниями. У больных осматривают кожные покровы, зев и измеряют температуру. Деревянные шпатели после использования уничтожают, а металлические обеззараживают. Термометры целиком помещают в сосуд с дезинфицирующим раствором (приложение 4).

2.2. Осмотр больного проводят на кушетке, покрытой клеенкой; после приема каждого больного клеенку обязательно протирают ветошью, смоченной раствором дезинфектанта (приложение 4).

2.3. После осмотра больного, исследования ран и смены повязок персонал моет руки теплой проточной водой с мылом в течение 2 минут. Для мытья рук используют брусковое хозяйственное мыло или туалетное мыло в мелкой расфасовке (на одну обработку).

2.4. После осмотра больного с гнойно - септическим

заболеванием, обработки гнойных ран персонал обеззараживает руки растворами бактерицидных препаратов.

2.5. В качестве средств для дезинфекции рук применяют 80% этиловый спирт, 0,5%-раствор хлоргексидина биглюконата в 70% этиловом спирте, 0,5% (0,125% по активному хлору) раствор хлорамина. Рабочие растворы указанных препаратов готовит аптека лечебно - профилактического учреждения. Емкости с растворами устанавливают в перевязочной.

2.6. При обеззараживании рук этиловым спиртом или хлоргексидином препарат наносят на ладонные поверхности кистей в количестве 5-8 мл и втирают его в кожу в течение 2 минут.

2.7. Обработку рук растворами хлорамина производят в тазу. В таз наливают 3 литра раствора. Руки погружают в препарат и моют в течение 2 минут. Указанный раствор пригоден для 10 обработок рук.

2.8. Щетки для обработки рук моют и кипятят в 2% содовом растворе в течение 15 минут. Чистые щетки хранят в стерильных биксах, вынимают по мере надобности стерильным корнцангом.

2.9. Для каждого члена дежурной бригады выделяют индивидуальное полотенце. Полотенце меняют не реже 1 раза в сутки.

2.10. Исследование ран и смену повязок проводят в перевязочной в халатах, шапочках, полностью закрывающих волосы, масках, перчатках. При обработке больных с гнойными ранами дополнительно одевают клеенчатый фартук, который после работы обеззараживают (приложение 4).

2.11. Больной в приемном отделении проходит полную санитарную обработку: принимает душ (или ванну) (по указанию врача), стрижет ногти. Для мытья больной получает чистую мочалку.

2.12. После санитарной обработки больной одевает чистое больничное белье, халат (пижаму), тапочки.

2.13. После разового пользования мочалки для мытья больных, машинки для стрижки волос, бритвы и бритвенные приборы, кусачки и ножницы для ногтей, наконечники для клизм и ванны - все эти предметы обеззараживают по режимам, указанным в приложении 4.

2.14. Уборку помещений приемного отделения производят не реже 2 раз в день влажным способом с применением дезинфицирующих средств (приложение 4).

2.15. Уборочный материал (ведра, тазы и т.д.) маркируют и используют строго по назначению. Ветошь выделяют и хранят строго по объектам обработки. После использования уборочный материал обеззараживают (приложение 4).

3. Санитарно - гигиенический режим в отделении хирургического профиля

3.1. После выписки каждого больного кровать, прикроватную тумбочку подставку для подкладного судна протирают ветошью, обильно смоченной дезинфицирующим раствором. Кровать застилают постельными принадлежностями, прошедшими камерную обработку по режиму для вегетативных форм микробов (приложение 4). По возможности соблюдают цикличность заполнения палат.

3.2. Больному выделяют индивидуальные предметы ухода: плевательницу, подкладное судно и т.д., которые после использования немедленно убирают из палаты и тщательно моют. После выписки больного предметы индивидуального ухода подвергают обеззараживанию (приложение 4).

3.3. Категорически запрещают принимать в отделения хирургического профиля мягкие игрушки и другие предметы, не выдерживающие дезинфекционной обработки.

3.4. Больных с гнойно - септическими заболеваниями и послеоперационными гнойными осложнениями изолируют в отдельные палаты (секции, отделения гнойной хирургии).

В этих палатах устанавливают ультрафиолетовые бактерицидные облучатели закрытого типа.

3.5. В палатах для больных с гнойно - септическими

заболеваниями и послеоперационными гнойными осложнениями персонал работает в халатах, масках и шапочках. По окончании работы производят смену халатов, масок, шапочек. Руки обеззараживают, как указано в пп. 2.4; 2.5; 2.6; 2.7.

3.6. Самовольные передвижения больных из палаты в палату и выход в другие отделения категорически запрещают.

3.7. Смену нательного и постельного белья производят не реже одного раза в 7 дней (после гигиенического мытья). Кроме того, белье обязательно меняют в случае загрязнения.

3.8. При смене нательного и постельного белья его аккуратно собирают в мешки из хлопчатобумажной ткани или емкости с крышкой. Категорически запрещают сбрасывать бывшее в употреблении белье на пол или в открытые приемники.

3.9. Сортировку и разборку грязного белья производят в специально выделенном помещении вне отделения. После смены белья протирают предметы в палате и пол дезинфицирующим раствором (приложение 4).

3.10. Выписку больных производят в отдельном помещении (выписной).

3.11. Тапочки и другую обувь после выписки или смерти больного протирают тампоном, смоченным 25% раствором формалина или 40% раствором уксусной кислоты, или обрабатывают из аэрозольного баллона "Сапжок-74" до полного увлажнения внутренней поверхности. Затем обувь укладывают в полиэтиленовый пакет на 3 часа, после чего вынимают и проветривают в течение 10-12 часов до исчезновения запаха препарата.

3.12. В отделении соблюдают порядок и чистоту. Уборку производят не реже 2 раз в день влажным способом мыльно - содовым раствором. Дезинфицирующие средства используют после смены белья и в случае возникновения внутрибольничных инфекций. В палатах для больных с гнойно - септическими заболеваниями и послеоперационными гнойными осложнениями ежедневную уборку проводят с обязательным использованием дезинфектантов (приложение 4).

4. Санитарно - гигиенический режим питания больных

4.1. Организация питания больных в лечебно - профилактическом учреждении является одним из важных разделов в комплексе лечебных мероприятий.

4.2. Ответственность за оборудование пищеблока, буфетных отделений лечебно - профилактического учреждения несет главный врач.

4.3. Ответственность за соблюдение требований при приготовлении и реализации пищи несут повара и буфетчицы отделений; контроль за соблюдением работниками пищеблока санитарных требований осуществляет врач - диетолог.

4.4. Раздачу пищи больным производят буфетчицы и дежурные медицинские сестры отделения в халатах с маркировкой "для раздачи пищи".

4.5. Технический персонал, занятый уборкой палат и других помещений отделения, к раздаче пищи не допускается.

4.6. Прием пищи больными отделения (за исключением тяжелобольных) происходит в специально выделенном помещении столовой. Личные продукты питания (передачи из дома) больные хранят в тумбочке (сухие продукты) и в специально выделенном холодильнике (скоропортящиеся продукты), передачи принимают в пределах разрешенного врачом ассортимента и количества продуктов.

4.7. После каждой раздачи пищи производят тщательную уборку помещений буфетной и столовой с использованием растворов дезинфектантов (приложение 4).

4.8. Мочалку для мытья посуды и ветошь для протирания столов по окончании уборки кипятят или подвергают обеззараживанию, затем сушат и хранят в специальной чистой таре с крышкой.

4.9. Персонал пищеблока и буфетных должен соблюдать правила

личной гигиены: перед посещением туалета снимать халат после посещения - мыть и обеззараживать руки одним из дезинфектантов, указанных в п.п. 2.4; 2.5; 2.6; 2.7.

5. Санитарно - гигиенический режим в операционном блоке, палатах и отделениях реанимации и интенсивной терапии, послеоперационных палатах и перевязочных

5.1. Операционный блок отделяют от остальных помещений хирургического отделения тамбуром, оборудованным источниками бактерицидного ультрафиолетового излучения. Двери в операционном блоке держат постоянно закрытыми.

5.2. Операционный блок оборудуют стационарными бактерицидными облучателями и вентиляционными установками с преобладанием притока воздуха над вытяжкой. В приточную вентиляционную систему устанавливают бактериальные фильтры.

5.3. В операционных, перевязочных, палатах и отделениях реанимации и интенсивной терапии для снижения микробной обсемененности рекомендуется установка воздухоочистителей передвижных рециркуляционных (ВОПР-0,9 и ВОПР-1,5, приложение 6).

5.4. Строго разделяют операционные для чистых и гнойных операций. В случае отсутствия условий для выполнения этого требования операции по поводу гнойных процессов производят в специально выделенные дни с последующей тщательной дезинфекцией операционного блока и всего оборудования.

5.5. Хирурги, операционные сестры и все лица, участвующие в операции, перед операцией принимают гигиенический душ, надевают операционное белье (пижаму, тапочки, шапочку, халат). Перед выходом в операционный блок халат снимают, надевают маску, бахилы и проходят в предоперационную, где производят обработку рук и надевают стерильный халат, перчатки и маску. Строго соблюдают "правило красной черты". Все входящие в операционную (за красную черту) должны быть одеты в стерильное белье.

5.6. Все другие лица перед входом в операционную надевают 4-х слойную марлевую маску и тщательно убирают волосы под шапочку, после чего надевают бахилы. Для использованных бахил устанавливают бак или ведро с крышкой. Не разрешают хождение персонала в операционном блоке в уличной обуви. Вход в операционный блок персоналу, не участвующему в операции, запрещают.

5.7. Больного перед операцией доставляют в операционный блок на каталке отделения. Перед операционным блоком больного перекалывают на каталку операционного блока, на которой его подвозят непосредственно к операционному столу.

5.8. Определяют в предоперационной место для каталки операционного блока. Ежедневно каталку обрабатывают ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе (приложение 4).

5.9. Все приборы, аппараты и другие предметы, ввозимые и вносимые в операционный блок (каталку, баллоны с O₂, CO₂, кардиографы и т.д.), перед входом в операционный блок обрабатывают ветошью смоченной дезинфицирующим раствором.

5.10. Стол для стерильного инструментария покрывают стерильной простыней непосредственно перед операцией, раскладывают на ней стерильный инструментарий и закрывают сверху стерильной простыней.

5.11. Перевязочный материал и инструментарий, использованные в ходе операции, собирают в специально выделенные емкости.

5.12. Категорически запрещают хранение в операционном зале предметов, не используемых во время оперативного вмешательства.

5.13. Строго разделяют перевязочные для чистых и гнойных перевязок. В случае наличия одной перевязочной обработку гнойных ран производят после проведения чистых манипуляций с последующей тщательной обработкой помещения и всего оборудования дезинфицирующими растворами.

5.14. Сотрудники перевязочных, отделений реанимации и интенсивной терапии ежедневно меняют халаты, шапочки, маски.

5.15. Медицинская сестра во время перевязок больных с нагноительными процессами надевает клеенчатый фартук, который после каждой перевязки протирает ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе, и обрабатывает руки раствором бактерицидного препарата (п.п. 2.5 - 2.7).

5.16. После проведения перевязок и сбора перевязочного материала в специально выделенные емкости производят влажную уборку с применением дезинфицирующего раствора. Инфицированный перевязочный материал подлежит дезинфекционной обработке (приложение 4).

5.17. Персоналу, не работающему в перевязочных, палатах и отделениях реанимации и интенсивной терапии, вход в них запрещен.

5.18. Перед поступлением больного из операционной в палату интенсивной терапии, послеоперационную палату, кровать, прикроватную тумбочку обрабатывают дезинфицирующим раствором. Кровать заправляют постельными принадлежностями, прошедшими камерную обработку.

5.19. Уборку операционного блока, перевязочных, палат и отделений реанимации и интенсивной терапии проводят влажным способом не реже 2 раз в день с использованием дезинфицирующих средств (приложение 4).

5.20. Один раз в неделю проводят генеральную уборку операционного блока и перевязочных. Помещения операционного блока, перевязочных предварительно освобождают от предметов, оборудования, инвентаря, инструментов, медикаментов и т.д. В качестве дезинфектанта используют комплекс, состоящий из 6% раствора перекиси водорода и 0,5% моющего средства. После дезинфекции помещения операционного блока и перевязочных облучают ультрафиолетовым светом (прямым или отраженным), включая настенные или потолочные бактерицидные облучатели (ОБН-200 или ОБН-350, один облучатель на 30 куб. м помещения; ОБН-150 или ОБН-300 - на 60 куб. м на 2 часа).

5.21. Для утилизации использованного перевязочного материала и отходов после операции устанавливают муфельные печи.

6. Обработка операционного поля, рук, хирургических перчаток в ходе операции

6.1. Обработка рук персонала, участвующего в операции: хирургов, анестезиологов - реаниматологов, операционных сестер, сестер - анестезистов и др. является обязательной.

6.2. Для хирургической обработки рук используют различные препараты, разрешенные Фармакологическим комитетом Министерства здравоохранения СССР, в том числе рецептуру "С-4" (смесь перекиси водорода и муравьиной кислоты) и хлоргексидин биглюконат (гибитан).

6.3. Рецептуру "С-4" готовят из необходимого количества перекиси водорода и муравьиной кислоты, которые смешивают в стеклянном сосуде, последний помещают в холодную воду на 1-1,5 часа и периодически встряхивают. Полученный раствор хранят не более суток в стеклянном сосуде с герметической пробкой в прохладном месте. Для обработки рук используют 2,4% раствор рецептуры "С-4".

Количество ингредиентов для приготовления рецептуры "С-4"

Количество рабочего раствора (л)	Количество ингредиентов			
	30-33% перекись водорода (мл)	Муравьиная кислота 100% (мл)	85% (мл)	Вода (л)
1	17,1	6,9	8,1	до 1

2	34,2	13,8	16,2	до 2
5	85,5	34,5	40,5	до 5
10	171,0	69,0	81,0	до 10

Раствор готовят и используют только в день операции.

Перед обработкой рук раствором рецептуры "С-4" руки моют водой с мылом (без щетки) в течение 1 минуты. После этого руки ополаскивают водой для удаления мыла и вытирают насухо стерильной салфеткой. Затем руки обрабатывают в течение 1 минуты рецептурной "С-4" в эмалированном тазу, после чего вытирают стерильной салфеткой и надевают стерильные перчатки. После окончания работы руки смазывают обычным смягчающим средством.

6.4. Для обработки рук хирургов применяют раствор хлоргексидина биглюконата.

Хлоргексидин выпускается в виде 20% водного раствора в стеклянных бутылках емкостью по 500 мл. Для обработки рук используют 0,5% спиртовой раствор препарата. Для получения раствора препарат разводят в 70% спирте в соотношении 1:40.

6.5. Методика обработки рук хлоргексидином биглюконатом.

После предварительного мытья рук с мылом и последующим протиранием стерильной марлевой салфеткой производят обработку рук ватным тампоном, смоченным 0,5% спиртовым раствором хлоргексидина в течение 2-3 минут.

6.6. Для обработки кожи операционного поля применяют йодонат, йодопирон, хлоргексидин биглюконат. Применять настойку йода для обработки кожи операционного поля запрещается.

Рабочие растворы йодоната готовят *ex tempore* путем разбавления исходного раствора в 5 раз кипяченой или стерильной водой.

Кожу операционного поля без предварительного мытья обрабатывают двухкратным смазыванием стерильными тампонами, смоченными 5-7 мл раствора йодоната или йодопирона (1% по свободному йоду).

6.7. Для изоляции кожи операционного поля применяют специальную пленку (протектор).

6.8. Обработка перчаток в ходе операции.

Таз с раствором рецептуры "С-4" вносят в операционную и через каждые 45-60 минут проводят повторную обработку перчаток в процессе операции.

6.9. После окончания операции весь хирургический инструментарий подлежит предстерилизационной очистке с целью удаления белковых, жировых, механических загрязнений и лекарственных препаратов.

6.10. Инструменты после гнойных операций перед обработкой подлежат дезинфекции одним из методов, указанных в приложении 4.

7. Подготовка инструментов к операции

7.1. Предстерилизационную обработку осуществляют ручным или механизированным способом.

7.2. Предстерилизационную обработку ручным способом проводят в следующей последовательности:

а) предварительное ополаскивание под проточной водой в течение 0,5 минут;

б) замачивание в моющем растворе при полном погружении изделия на 15 минут при температуре 50 град.С;

в) мойка в моющем растворе при помощи ерша или ватно - марлевого тампона - 0,5 минуты;

г) ополаскивание проточной, а затем дистиллированной водой - 0,5 минуты; в случае использования моющих средств "Лотос" или "Астра" время ополаскивания равно 1,0 минуте;

д) сушка в суховоздушных стерилизаторах горячим воздухом при температуре 80-85 град.С до полного исчезновения влаги.

7.3. В качестве моющего средства используют:

а) комплекс перекиси водорода с моющими средствами "Прогресс", "Триас-А", "Лотос" или "Астра";

б) препарат "Биолот".

7.4. Механизированная мойка.

Механизированную обработку инструментов проводят в моечных машинах специального назначения: для игл, шприцев, инструментов по инструкции, приложенной к аппарату.

8. Контроль качества предстерилизационной обработки инструментария

8.1. Качество мойки хирургических инструментов, шприцев, игл определяют путем постановки бензидиновой, ортотолидиновой или амидопириновой проб.

8.2. Бензидиновая проба.

Существуют две модификации пробы: I проба с солянокислым бензидином. Смешивают 0,5-1% раствор солянокислого бензидина, приготовленного на дистиллированной воде, с равным количеством 3% раствора перекиси водорода.

II проба с сернокислым бензидином. В раствор, состоящий из 5 мл 50% уксусной кислоты и растворенного в ней 0,025 г сернокислого бензидина, добавляют 5 мл 3% перекиси водорода.

8.3. Орто - толидиновая проба. Существуют три модификации пробы.

I. Готовят 4% раствор орто - толидина в 96% этиловом спирте. Раствор хранят в холодильнике. Для повседневного употребления из основного спиртового раствора берут небольшое количество (5-10 мл) и добавляют к нему равное количество 50% уксусной кислоты и столько же дистиллированной воды. На контролируемый предмет наносят 2-3 капли раствора и 1-2 капли 20% перекиси водорода.

II. К реактиву, состоящему из 5 мл 50% уксусной кислоты и растворенного в нем 0,025 г орто - толидина, добавляют 5 мл 3% раствора перекиси водорода.

III. Смешивают равные количества 1% водного раствора орто - толидина, приготовленного на дистиллированной воде, и 3% раствора перекиси водорода.

8.4. Амидопириновая проба.

Смешивают равные количества 5% спиртового раствора амидопирина, 30% уксусной кислоты и 3% раствора перекиси водорода (по 2-3 мл).

8.5. Методика постановки проб: на контролируемое изделие наносят 2-3 капли реактива. При наличии кровяных загрязнений появляется сине - зеленое окрашивание.

8.6. Фенол - фталейновая проба.

Готовят 1% спиртовой раствор фенол - фталейна. Наносят на вымытое изделие 1-2 капли раствора. При наличии остаточных количеств моющего средства появляется розовое окрашивание.

8.7. Изделия, дающие положительную пробу на кровь или на моющее средство, обрабатывают повторно до получения отрицательного результата.

9. Стерилизация хирургических инструментов, резиновых перчаток, перевязочного материала, хирургического белья

9.1. Стерилизация обеспечивает гибель в стерилизуемом материале вегетативных и споровых форм патогенных и непатогенных микроорганизмов.

9.2. Стерилизацию проводят различными методами: паром, сухим горячим воздухом, растворами химических веществ и газами. Выбор того или иного способа стерилизации зависит от особенностей стерилизуемого объекта.

9.3. В паровых стерилизаторах стерилизуют: белье, перевязочный материал, хирургические инструменты, детали приборов и аппаратов, изготовленных из коррозионностойких металлов и сплавов: шприцы с надписью 200 град.С, стеклянную посуду, изделия из резины (перчатки, трубки, катетеры, зонды и т.д.).

9.4. Резиновые перчатки перед стерилизацией внутри и снаружи пересыпают тальком для предохранения их от склеивания. Между перчатками прокладывают марлю; каждую пару перчаток завертывают отдельно в марлю и в таком виде помещают в биксы. Хирургическое белье, перевязочный материал, резиновые перчатки, хирургические инструменты стерилизуют в стандартных биксах, рыхло закладывая их для свободного поступления пара.

9.5. В качестве упаковочных материалов используют двойной слой бязевой ткани или однослойные конверты из растительного пергамента ГОСТ 1341-60.

9.6. Хирургические, гинекологические и стоматологические инструменты, детали и узлы приборов и аппаратов, в том числе изготовленные из коррозионностойких материалов и сплавов, шприцы с надписью 200 град.С, режущие инструменты стерилизуют в воздушных стерилизаторах.

В качестве упаковочного материала используют металлические пеналы, упаковку из крафт - бумаги, швы конверта заклеивают 10% клеем из поливинилового спирта или 5% крахмальным клеем.

9.7. Хирургические инструменты из коррозионностойких металлов и сплавов, изделия из резины, пластических масс, в том числе с металлическими частями, стерилизуют растворами препаратов.

9.8. Для стерилизации растворами используют эмалированные, стеклянные или пластмассовые емкости с плотно закрывающейся крышкой. Изделия, подлежащие стерилизации, свободно раскладывают в емкости с раствором и расправляют их. При большой длине изделия его укладывают по спирали. При стерилизации изделия полностью погружают в раствор. После окончания стерилизационной выдержки изделия дважды погружают на 5 минут в стерильную воду, каждый раз меняя ее, затем изделия стерильным корнцангом переносят в стерильный бикс, выложенный стерильной простыней.

9.9. Газовый метод стерилизации применяют для эндоскопических инструментов, аппаратов экстракорпорального кровообращения, изделий из пластических масс, кетгута.

9.10. В качестве упаковочных материалов используют двойные пакеты из полиэтиленовой пленки толщиной 0,06-0,2 мм (ГОСТ 10354-73) или пергаментной бумаги марки А или Б (ГОСТ 1341-74).

9.11. Смотровые инструменты (отоларингологические, стоматологические и т.д.) обеззараживают кипячением или погружением в растворы. После погружения изделия прополаскивают в проточной воде.

10. Стерилизация аппаратов экстракорпорального кровообращения

10.1. Аппараты искусственного кровообращения стерилизуют в разобранном состоянии в виде отдельных блоков паровым методом.

10.2. Паровым методом стерилизуют все детали аппарата (оксигенаторы, резервуар для донорской крови, резервный сосуд, артериальные канюли и венозные катетеры, тройники, ловушки и т.д.), включая трубки из полимерных материалов. Последние при стерилизации приобретают молочный цвет, исчезающий после подсушивания трубок в сушильном шкафу.

10.3. Упаковкой при стерилизации отдельных блоков служит двойной слой бязевой ткани или стерилизационные коробки (биксы).

10.4. Подготовка аппаратов к стерилизации предусматривает все этапы предстерилизационной очистки (мойки), приведенные в п. 7.

10.5. Режим паровой стерилизации упакованных отдельных блоков: температура 120 град.С (давление 1,1 кгс/кв. см), экспозиция - 45 минут.

10.6. После окончания стерилизации биксы с пластмассовыми трубками переносят в сушильный шкаф для подсушки и восстановления прозрачности трубок. Подсушивание проводят при температуре 60–80 град.С в течение 10 часов. Сборку аппарата производят в асептических условиях.

10.7. Газовую стерилизацию аппаратов искусственного кровообращения проводят согласно "Методическим рекомендациям по стерилизации аппаратов искусственного кровообращения газообразной окисью этилена", утвержденной 26 марта 1972 г. за N 1013-73.

11. Санитарно - гигиенический режим в палатах для больных с анаэробной инфекцией

11.1. Источником инфекции являются больные газовой гангреной в любой форме: эмфизематозной, отечнотоксической, смешанной и газовой гангреной.

11.2. Возбудители газовой гангрены (*Cl. perfringens*, *Cl. oedemeticus*, *Cl. septicum*, *Cl. histolyticum*) относятся к роду патогенных клостридий - анаэробных спороносных бацилл. Как правило, ассоциация микробов может состоять из патогенных клостридий или из смеси патогенных и малопатогенных клостридий, а также из смеси клостридий с аэробными бактериями: стафилококком, кишечной палочкой, протеем.

11.3. Основной путь передачи инфекции - контактный. Инфицирование может произойти при попадании возбудителя газовой гангрены на поврежденные кожные покровы или слизистые оболочки с землей, грязным бельем, одеждой, а также при использовании недостаточно простерилизованных инструментов, шприцев, игл, шовного и перевязочного материалов.

11.4. Для лечения больных газовой гангреной выделяют отдельные палаты по возможности со специальным входом, операционную - перевязочную, оснащенные приточно - вытяжной вентиляцией, не сообщаемой с другими отделениями.

11.5. Стены помещений облицовывают кафельной плиткой на высоту не менее 2-х метров, пол покрывают пластиком или линолеумом. Поверхности мебели, аппаратуры и оборудования покрывают гладкими, непористыми материалами, легко поддающимися механической очистке и дезинфекционной обработке.

11.6. 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.

11.7. Больной в приемном покое проходит (по возможности) полную или частичную санитарную обработку: принимает душ, стрижет ногти и т.д. В тяжелых случаях больной без обработки поступает в палату.

11.8. Перед поступлением и после выписки больного кровать, прикроватную тумбочку, подставку для подкладного судна (если таковая имеется) протирают ветошью, обильно смоченной 6% раствором перекиси водорода с 0,5% моющего средства. Кровать заправляют постельными принадлежностями, прошедшими камерную дезинфекционную обработку по режиму для споровых форм бактерий.

Грязное белье перед стиркой обеззараживают путем замачивания и последующего кипячения в 2% растворе кальцинированной соды (моющего средства) в течение 120 минут с момента закипания.

11.9. Больному выделяют индивидуальные предметы ухода: плевательницу, подкладное судно и т.д., которые после использования моют. После выписки больного предметы ухода подвергают дезинфекции.

11.10. Для мытья рук и туалета больных используют мыло в мелкой расфасовке.

11.12. Посуду после использования освобождают от остатков пищи, замачивают в 2% растворе соды и кипятят в течение 90 минут. Затем моют проточной водой и хранят в закрытом шкафу.

11.13. Уборку палат производят не реже 2 раз в день влажным способом с применением 6% раствора перекиси водорода с 0,5% моющего средства.

11.14. Уборочный материал (ведра, тазы, ветошь и т.д.) маркируют и используют строго по назначению. После использования автоклавируют при 2 кгс/кв. см (132 град. С +/- 2) в течение 20 минут, хранят в отведенном месте.

11.15. Перевязочную оборудуют стационарными бактерицидными облучателями. Для снижения микробной обсемененности в перевязочной рекомендуется установка воздухоочистителей передвижных рециркуляционных (ВОПР-0,9 или ВОПР-1,5).

11.16. Хирург, процедурная сестра перед входом в перевязочную одевают маску, бахилы. Во время операции или перевязки надевают клеенчатый фартук, который после каждой операции или перевязки протирают ветошью, обильно смоченной в 6% растворе перекиси водорода с 0,5% моющим средством.

11.17. Перевязочный материал используют однократно, во время операции или перевязки его собирают в специально выделенный бикс, автоклавируют при 2 кгс/кв. см (132 град. С +/- 2) в течение 20 минут и уничтожают.

Примечание: категорически запрещается выбрасывать материал без обеззараживания.

11.18. Инструментарий, используемый во время операции или перевязки, собирают в емкость.

11.19. Уборку операционной - перевязочной производят влажным способом не реже 2-х раз в день с применением 6% раствора перекиси водорода с 0,5% моющего средства, с использованием индивидуальных средств защиты: респираторы типа РУ-60 и перчатки. После дезинфекции помещение моют горячей водой и включают бактерицидные облучатели (ОБН-150 или ОБН-300) на 1,5-2 часа.

11.20. Для проведения сеансов гипербарической оксигенации используют одноместные барокамеры, установленные в специально выделенном барозале.

11.21. Больному на время проведения сеанса гипербарической оксигенации выделяют индивидуальную подстилку типа небольшого матраца и подголовник. С целью уменьшения риска рассеивания инфекции чехол на подстилке меняют после каждого сеанса. При невозможности соблюдения этого требования, подстилку обшивают клеенкой или пленкой. После проведения сеанса меняют чехол, протирают подстилку ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором.

11.22. Дезинфекцию внутренней поверхности барокамеры проводят после каждого сеанса оксигенации путем протирания стерильной ветошью, смоченной в 6% растворе перекиси водорода с 0,5% моющего средства. Затем насухо вытирают стерильной пеленкой или простыней.

11.23. Уборку барозала проводят не менее 2-х раз в сутки с использованием 6% раствора перекиси водорода с 0,5% моющего средства. При этом протирают все предметы и аппаратуру ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе, и вытирают насухо. В перерывах между сеансами гипербарической оксигенации включают бактерицидные облучатели.

11.24. После проведения операции или перевязки весь инструментарий, шприцы, иглы погружают в 6% раствор перекиси водорода с 0,5% моющего средства на 60 минут или кипятят в течение 90 минут.

11.25. Последующая методика предстерилизационной обработки инструментария и его стерилизация аналогична описанной в разделах 7,8,9 настоящей инструкции.

12. Меры предосторожности

12.1. Используемые для обеззараживания, предстерилизационной обработки и стерилизации химические препараты обладают в различной степени местным и общим токсическим действием. Безопасность их

применения для больных и медицинского персонала гарантируется соблюдением следующих мер предосторожности.

12.2. К работе допускаются лица не моложе 18 лет, прошедшие соответствующий инструктаж по обязанностям, технике безопасности, мерам предосторожности и профилактике случайных отравлений, изложенных в данной инструкции. Ответственный за инструктаж главный врач учреждения или специально назначенное административное лицо.

12.3. Медицинский персонал проходит предварительный и периодические (раз в год) медицинские осмотры. Лица с повышенной чувствительностью к применяемым химическим средствам от работы с ними отстраняются.

12.4. Замочку белья, посуды и других предметов в растворах дезсредств, предстерилизационную мойку и стерилизацию изделий медицинского назначения химическими средствами проводят в специальных помещениях, оборудованных приточно - вытяжной вентиляцией.

12.5. Расфасовку, приготовление рабочих растворов формальдегида, перекиси водорода, дезоксона-1, хлорамина и др. проводят в вытяжном шкафу или в крайнем случае в отдельном проветриваемом помещении. Хранить растворы и выдерживать в них обрабатываемые объекты необходимо в плотно закрывающихся емкостях.

12.6. Необходимо строго соблюдать последовательность и точно выполнять все этапы мойки и обеззараживания, обеспечивающие максимальное удаление с обрабатываемых объектов остатков моющих и дезинфицирующих средств.

12.7. Всю работу с моющими, дезинфицирующими и стерилизующими химическими средствами проводят в резиновых перчатках, герметичных очках (ПО-2, ПО-3) и в 4-х слойной марлевой маске в противопылевых или универсальных респираторах.

По окончании работы руки моют и смазывают смягчающим кремом.

13. Первая помощь при случайных отравлениях

13.1. При нарушении режима работы, при несоблюдении мер предосторожности и в аварийных ситуациях у персонала могут возникнуть явления общего и местного отравления.

13.2. Характерным для всех применяемых химических средств дезинфекции и стерилизации является раздражающее действие в отношении кожных покровов слизистых оболочек глаз и дыхательных путей.

13.3. Первая помощь при попадании на незащищенную кожу состоит в немедленном, обильном обмывании пораженного места чистой водой. При поражении формальдегидом лучше обмывать кожу 5% раствором нашатырного спирта.

13.4. Первая помощь при отравлении через дыхательные пути состоит в немедленном удалении пострадавшего из помещения на свежий воздух или в хорошо проветриваемое помещение. Необходимо прополаскать рот и носоглотку водой.

В случае отравления формальдегидом рекомендуется вдыхание водяных паров с добавлением нескольких капель нашатырного спирта.

Во всех случаях показан прием теплого молока с пищевой содой или боржоми. По показаниям - сердечные, успокаивающие, противокашлевые средства, вдыхание кислорода. В тяжелых случаях - госпитализация.

13.5. При попадании любого препарата в глаза немедленно промыть их струей воды или 2% раствором пищевой соды в течение нескольких минут. При раздражении глаз закапать раствор альбуцида, при болях - 1-2% раствор новокаина.

13.6. При попадании в желудок хлорактивных препаратов промывают желудок 2% раствором гипосульфита и дают внутрь 5-15 капель нашатырного спирта с водой, молоко, питьевую соду, магниевую взвесь (1-2 столовых ложки на стакан воды).

При отравлении формальдегида проводят обычно промывание

желудка с добавлением в воду нашатырного спирта или 3% раствором карбоната или ацетата натрия (аммония). После промывания дают сырые яйца, белковую воду, молоко.

Приложение N 1

РЕЖИМЫ СТЕРИЛИЗАЦИИ ОТДЕЛЬНЫХ ОБЪЕКТОВ

а) Паровой метод

Условия проведения стерилизации	п/п	Наименование объектов	Режимы стерилизации				Применяемое оборудование
			давление пара	время выдержки	температура	режим	
			кгс/кв. см	мин.	град.С		
			номинальн.	предельн.	номинальн.	предельн.	
			значение	отклонение	значение	отклонение	
1.		Перевязочные материалы, хирургические инструменты, детали приборов и аппаратов (соприкасающиеся с рабочей поверхностью), изготовленные из коррозионностойких металлов и сплавов.	2,0	+/-0,1	20	+2	Паровой стерилизатор
		Шприцы с надписью гаментной бу- марки А	1,1 ^{<*>}	+ 0,1	45	+3	онных
		200 град.С, стеклянная посуда.	(132 град.С)				кач или х
			(120 град.С)				мягкой ковке из зи или в
							маге или Б

^{<*>} - Режим 1.1 (120 град.С) при времени стерилизации выдержки 45 минут рекомендован, помимо вышеназванных объектов, для изделий

из резины.

б) Воздушный метод стерилизации

Наименование объектов стерилизации	Режимы стерилизации				Применяемое оборудование	Условия проведения
	температура град. С	время выдержки в мин.	номинальн. значение	предельн. отклонение		
Хирургические, гинекологические и стоматологические инструменты, детали и узлы приборов и аппаратов (соприкасающихся с раневой поверхностью), в том числе изготовленные из коррозионнонестойких материалов и сплавов.	180	+/-11	60	+5	Воздушный стерилизатор с объемом камеры до 25 куб. дм	подвергаются сухие
Шприцы с надписью 200 град.С, стеклянная посуда.	180	+/-14	60	+5	с объемом камеры свыше 500 куб. дм	проводится в упаковке без (в емкостях)

в) Химический метод стерилизации (растворы химических препаратов)

Наименование объектов Условия проведения рудования	Стерилизующий агент	Режимы стерилизации				Применя- мое обо-
		температура в град. С	время выдерж- ки в мин.	номи- нальн. значе- ние	пре- дельн. откло- нение	
Хирургические инст- рументы из коррозион- ностойких металлов и сплавов. в раствор на И изделия из резины, пластических масс, в лизационной том числе с металли- ческими частями кор- розиянностойких ме- таллов и сплавов. мывают сте- рильной водой	Перекись во- дорода по ГОСТ 177-71 6% раствор<*> дезоксон-1 1% раст- вор<*> (по надуксусной кислоте)	не менее 18 50	- +/-2	360 180	+/-5 +/-5	Закрытые емкости из стек- ла, пла- стмассы или по- крытые эмалью (эмаль без по- врежде- ния)

<*> - Раствор перекиси водорода может быть использован в течение 7 суток со дня приготовления при условии хранения его в закрытой емкости.

<***> - Раствор дезоксон-1 может быть использован в течение суток.

Химический метод стерилизации (газовый)

	Наименование объектов	Стерилизующий
доза	Применя-	Условия

Режимы стерилизации