Міністерство охорони здоров'я України
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи

"УЗГОДЖЕНО"
Директор Департаменту
організації медичної допомоги
населенню МОЗ України
М.П.Жданова
02 квітня 2004 р.

Інфекційний контроль у стоматології

(методичні рекомендації)

Київ – 2004

Українська медична стоматологічна академія
36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23
Обласна санітарно-епідеміологічна станція
36039, м. Полтава, вул. Ватутіна, 35[а]

Автори:

Дубинська Г.М. тел. 7-21-21
Шаповал В.Ф. тел. 7-25-09
Ізюмська О.М. тел. 7-21-21
Маційчук П.В. тел. 2-94-41
Коваль Т.І тел. 7-21-21
Кузь Т.В. тел. 7-21-21
Скрипнікова Т.П. тел. 2-88-18
Павленко Л.Г. тел. 2-49-95

Рецензенти:

Гризодуб В.І. – доктор медичних наук, професор, зав. кафедри ортопедичної стоматології ХМАПО

Вернер О.М. – кандидат медичних наук, доцент кафедри мікробіології та епідеміології КМАПО ім. П.Л.Шупіка

Голова Проблемної комісії “Епідеміологія та специфічна профілактика інфекційних захворювань” МОЗ та АМН України, чл.-кор. НАН та АМН України, д.мед.н., професор А.Ф.Фролов

Протокол №3 від 17 листопада 2003 року.

ЗМІСТ

1. Забезпечення санітарно-протиепідемічного режиму в приміщеннях стоматологічної клініки …….. 5
1.1. Прибирання приміщень ……... 5
1.2. Вимоги щодо дотримання правил особистої гігієни медичним персоналом стоматологічної клініки …… 7
2. Профілактика гепатиту, ВІЛ-інфекції та інших внутрішньолікарняних інфекцій, які передаються парентеральним шляхом …….. 8
2.1. Запобігання професійним зараженням медичних працівників …… 9
2.2. Специфічна профілактика інфекцій, що передаються парентеральним шляхом ……13
2.3. Профілактика інфікування пацієнтів під час лікувально-діагностичних маніпуляцій ……... 13
3. Організація та забезпечення дезінфекційно-стерилізаційного режиму в стоматологічній клініці …… 14
3.1. Режими обробки виробів медичного призначення ……. 14
3.1.1. Дезінфекція виробів медичного призначення ……. 14
3.1.2. Передстерилізаційне очищення …… 15
3.1.3. Стерилізація …… 15
3.1.4. Контроль якості передстерилізаційного очищення виробів медичного призначення …… 17
3.2. Обробка стоматологічного інструментарію та обладнання стоматологічних кабінетів …….. 19
3.2.1. Обробка індивідуальних стоматологічних наборів та іншого інструментарію й обладнання загального призначення …….. 19
3.2.2. Обробка стоматологічних борів багаторазового використання …….. 21
3.2.3. Обробка стоматологічних дзеркал …….. 21

3.2.4. Дезінфекція прямих та турбінних стоматологічних наконечників …….. 22
3.2.5. Методи знезараження залишків крові та слини в ортопедичній стоматології ……. 22
3.2.6. Обробка інструментарію та різних об’єктів у фізіотерапевтичних кабінетах …….. 23
4. Тактика при виникненні та підозрі на карантинні інфекції …….. 23
5. Сучасні дезінфікуючі засоби, дозволені для застосовування в медичних закладах стоматологічного профілю …….. 26

ВСТУП

Внутрішньолікарняні інфекції (ВЛІ) – одна з найбільш гострих проблем медицини, актуальність якої пов'язана з високим рівнем захворюваності, летальності та значними соціально-економічними збитками. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), рівень захворюваності на ВЛІ у світі складає 8,4%, у країнах Європи – 7,7%, Росії – 6,7%. Згідно з даними вітчизняних дослідників в Україні ВЛІ реєструються на рівні 2-30%, а летальність при них коливається в межах 3,5 – 60% залежно від нозологічної форми. Для лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) стоматологічного профілю проблема ВЛІ найбільш актуальна, оскільки в ротовій порожнині навіть здорової людини міститься різноманітна, достатньо стабільна аеробна та анаеробна мікрофлора. Джерелом ВЛІ в стоматологічній клініці є пацієнт, хворий чи носій, а факторами передачі – кров, слина, гній, незнезаражене стоматологічне устаткування та медичний інструментарій, рушники, раковини, ручки, крісла тощо. У зв'язку з цим інфікуватися можуть не лише пацієнти, а й медичний персонал клініки. Джерелом ВЛІ можуть бути і самі співробітники стоматологічного закладу, які переносять інфекційні хвороби в легкій, хронічній або латентній формах.

Найбільш поширеними ВЛІ є: ВІЛ-інфекція, вірусні гепатити з парентеральним механізмом передачі, герпесвірусні інфекції, кандидоз, сифіліс, туберкульоз, стафілококові та стрептококові інфекції, пріонові хвороби, грип, ГРВІ, паротитна вірусна хвороба, дитячі крапельні інфекції, інші.

З метою запобігання ВЛІ в закладах стоматологічного профілю повинні суворо дотримуватися санітарно-протиепідемічного і дезінфекційно-стерилізаційного режимів.

Останні методичні рекомендації з питань організації санітарно-гігієнічного і дезінфекційно-стерилізаційного режимів у закладах стоматологічного профілю видані в Росії в 1995 році. В Україні ці питання висвітлені лише в наукових виданнях, найбільш повно і на сучасному рівні в монографії "Организация работы частного стоматологического кабинета (Вопросы, проблемы и пути их решения)" авторів А.С.Волкова, В.В.Анашкіна, Г.І.Камчатного (Харків, 2002). Ураховуючи відсутність методичних рекомендацій, які були б доведені до широкого загалу лікарів, і особливу актуальність питань інфекційного контролю в стоматології, назріла нагальна необхідність в їх створенні.

Методичні рекомендації "Інфекційний контроль у стоматології" розраховані на лікарів-стоматологів, інтернів та студентів вищих медичних закладів освіти I-IV рівнів акредитації.

1. Забезпечення санітарно-протиепідемічного режиму в приміщеннях стоматологічної клініки

Санітарно-протиепідемічний режим у приміщенні стоматологічного кабінету – це комплекс заходів, що запобігають зараженню пацієнтів різними інфекціями в процесі медичного обслуговування (на прийомі, під час виконання лікувальних і діагностичних маніпуляцій), а також інфікуванню медичних працівників під час виконання ними професійних обов'язків.

Дотримання правил протиепідемічного режиму в приміщенні стоматологічного кабінету передбачає проведення певних заходів.

1.1. Прибирання приміщень

Стоматологічна клініка (кабінет) у своєму складі має 3 групи приміщень, які за функціональним призначенням поділяються на загальні, лікувально-діагностичні та службово-побутові. Всі приміщення, обладнання та інвентар повинні утримуватися в чистоті. Для покращання гігієнічних умов та зниження мікробного забруднення обладнання, повітря в стоматологічній клініці проводиться поточна дезінфекція та генеральне прибирання. Періодичність прибирання приміщень залежить від їхнього функціонального призначення. Поточна дезінфекція в приміщеннях стоматологічної клініки загального та службового призначення (реєстратура, коридори, кімната очікування, роздягальня, туалет тощо) проводиться дворазово вологим прибиранням із використанням 0,1% дезактіну або інших дезінфікуючих засобів та антисептиків, дозволених до застосування в Україні. На початку робочої зміни та після закінчення роботи двері, підвіконня, столи, інші тверді меблі протираються ганчір'ям, змоченим в одному з дезінфікуючих розчинів, підлога миється. Поточна дезінфекція в приміщеннях лікувально-діагностичного призначення також проводиться дворазово із застосуванням дезінфікуючих засобів. При цьому суворо дотримується послідовність прибирання: протирають стіл для стерильного матеріалу, шафи з медикаментами, маніпуляційний стіл, стоматологічні крісла, підвіконня, радіатори, двері, раковини, в останню чергу миють підлогу. Після прибирання приміщення кварцюють протягом 60 хвилин, потім провітрюють. У разі забруднення підлоги, столів, обладнання кров'ю або іншими біологічними виділеннями від хворого місце забруднення негайно заливають 0,5% розчином дезактіну на 60 хв. (при ВІЛ-інфекції на 120 хв.) із подальшим прибиранням або дворазово протирають місце забруднення тампоном, рясно змоченим у цих розчинах з інтервалом 15 хвилин.

Робочі поверхні стоматологічного столика лікаря, стоматологічних установок і обладнання на початку робочого дня, в кінці першої зміни та наприкінці робочого дня протирають дворазово з інтервалом у 15 хвилин одним із дезінфікуючих розчинів, а поверхня столика лікаря-стоматолога обробляється після кожного пацієнта.

Стоматологічні крісла знезаражуються також після кожного пацієнта шляхом дворазового протирання ганчір'ям, змоченим у дезрозчині, з інтервалом у 15 хвилин.

Нагрудні серветки використовуються тільки індивідуально, їх збирають у посудину з кришкою, наприкінці зміни здають у пральню. Одноразові серветки після дезінфекції підлягають утилізації.

Світловоди світловіддзеркалювальних ламп ретельно протирають дворазово серветкою, змоченою 70° етиловим спиртом або Хоспісепт-серветкою з 15-хвилинним інтервалом.

Генеральне прибирання у приміщеннях лікувально-діагностичного призначення проводиться один раз за тиждень із звільненням приміщення від устаткування, меблів та іншого інвентарю та передбачає такі три етапи:

І етап – миття стелі, стін, підлоги 0,5% миючим розчином (“Лотос”, “Біомий”, ін.) за системою двох відер;

ІІ етап – дезінфекція стелі, стін, підлоги 6% розчином перекису водню, 0,5% розчином дезактіну за системою двох відер з експозицією 60 хв. Оброблені ділянки змиваються чистою водою.

ІІІ етап – кварцювання протягом 2 годин ультрафіолетовими стаціонарними або пересувними бактерицидними випромінювачами із розрахунку 1 Вт потужності лампи на 1м^3 приміщення з подальшим провітрюванням останнього.

Генеральне прибирання приміщень загального та службового призначення проводиться за затвердженим графіком не рідше 1 разу за місяць із ретельним миттям стелі, стін, підлоги за описаною вище методикою, а також усього устаткування, меблів, світильників, захисних жалюзі тощо.

Рекомендації щодо періодичності прибирання приміщень у стоматологічній клініці узагальнені в табл. 1.

Таблиця 1

Періодичність прибирання приміщень залежно від їхнього функціонального призначення

Об’єкти прибирання	**Функціональне призначення приміщень**			
	лікувально-діагностичні	**службові**	**коридори**	**туалети**
Поли	2 рази за день	1 раз за день	2 рази за день	2 рази за день
Стіни	1 раз за тиждень	1 раз за місяць	1 раз в 3 місяці	1 раз за день
Двері	1 раз за день	1 раз за тиждень	1 раз за тиждень	1 раз за день
Ручки дверей	2 рази за день	1 раз за день	1 раз за день	1 раз за день
Вікна	1 раз за тиждень	1 раз в 3 місяці	1 раз в 3 місяці	1 раз в 3 місяці
Підвіконня	1 раз день	1 раз за день	1 раз за день	1 раз за день
Радіатори	1 раз день	1 раз за тиждень	1 раз за місяць	1 раз за тиждень
Раковини для миття рук	2 рази за день	1 раз за день		1 раз за день
Унітази				1-2 рази за день

Дати генеральних прибирань та засоби, що використовувалися для дезінфекції, реєструються в спеціальному журналі, форма якого наведена в табл. 2.

Таблиця 2

Журнал генеральних прибирань

Назва приміщення	Дата проведення за графіком	Фактична дата проведення	Дезрозчин і його концентрація	ПІБ особи, яка проводить прибирання	ПІБ особи, яка контролює прибирання
1	2	3	4	5	6

Провітрювання службових приміщень здійснюють через кватирки, фрамуги, створи не менше 4-х разів за добу.

Для проведення поточної дезінфекції та генеральних прибирань виділяється інвентар (відра, посудини, ганчір'я, швабри та ін.), який повинен мати чітке маркірування із зазначенням приміщень і виду прибиральних робіт, використовуватися за призначенням і зберігатися окремо. Після використання інвентар (ганчір'я) обов'язково занурюють на 60 хвилин в один із дезрозчинів, потім промивають і висушують. Для зберігання інвентарю потрібно мати ізольоване приміщення або окрему шафу, розташовану в недоступному для пацієнтів місці.

Косметичний ремонт приміщень проводиться за потребою. Усунення поточних дефектів (ліквідація протікань на стелі, слідів вологості, цвілі, тріщин, щілин, відновлення відпалого кахлю, дефектів покриття на підлозі тощо) має здійснюватися негайно. У період проведення поточного ремонту функціонування приміщень припиняється.

Щорічно, але не пізніше, ніж за 2 тижні до опалювального сезону проводиться підготовка всіх приміщень до зими (профілактична перевірка і ремонт системи опалення, вентиляції, утеплення вікон, дверей, тамбурів тощо).

Адміністрація стоматологічної клініки організовує проведення профілактичної обробки приміщень від побутових комах та гризунів за договорами з дезінфекційною службою і забезпечує для цього відповідну підготовку (звільнення) приміщень.

1.2. Вимоги щодо дотримання правил особистої гігієни медичним персоналом стоматологічної клініки

Медичний персонал стоматологічної клініки забезпечується комплектами змінного санітарного спецодягу: халатами, шапочками чи косинками, взуттям, гумовими рукавичками, напальчниками, масками, захисними окулярами. Кожен співробітник клініки повинен мати не менше 3-х комплектів спецодягу. У разі його забруднення заміна спецодягу проводиться негайно.

Прання санітарного одягу здійснюється централізовано. Спецодяг у терапевтичному та ортопедичному відділеннях, ортопедичній лабораторії міняється по мірі забруднення, але не рідше 1 разу за 3 дні, в хірургічному й ортодонтичному відділеннях – щоденно. Якщо під час роботи спецодяг забруднився кров'ю, слиною чи гноєм, необхідно його зняти, замочити в дезрозчині, замінити на чистий. Марлеві 4 шарові маски міняють кожні 4 години,

одноразові – після кожного пацієнта. Захисні окуляри чи екрани після кожного пацієнта протирають серветкою, змоченою 70° етиловим спиртом або Хоспісепт-серветкою.

Зберігається санітарний спецодяг в індивідуальних шафах окремо від іншого одягу. Перебування співробітників у санітарному спецодязі поза межами стоматологічної клініки забороняється. Медичному персоналові забороняється також уживати їжу, пити, палити, користуватися косметикою на робочому місці.

Адміністрація стоматологічної клініки зобов'язана:

- забезпечити медичний персонал спецодягом, а також централізоване прання спецодягу, видачу туалетного мила для одноразового використання або рідкого мила, м'яких щіток для миття рук, індивідуальних рушників чи паперових серветок одноразового використання, кремів для захисту шкіри рук, індивідуальних засобів для захисту очей;
- забезпечити співробітників умовами для зберігання усіх видів одягу в індивідуальних шафах, кількість яких відповідає кількості медичних працівників у клініці;
- виділити місця для відпочинку, вживання їжі, паління;
- забезпечити співробітників, які працюють із ртутною амальгамою, ізольованим гардеробом для зберігання спецодягу.

2. Профілактика гепатиту, ВІЛ-інфекції та інших внутрішньолікарняних інфекцій, які передаються парентеральним шляхом

У зв'язку з надзвичайною епідемічною ситуацією з ВІЛ-інфекції, високими показниками захворюваності на вірусні гепатити В і С у лікувально-профілактичних закладах щоденно виникають проблеми, пов'язані із:

- загрозою зараження медичних працівників під час надання медичної допомоги інфікованим;
- інфікуванням хворих через вироби медичного призначення в разі порушення протиепідемічного режиму в медичному закладі.

Тому профілактиці внутрішньолікарняних інфекцій у стоматологічних клініках повинна приділятися особлива увага. Для кожного медичного працівника потрібно проводити інструктаж щодо виконання заходів для його захисту та захисту пацієнта від зараження. Відповідають за проведення інструктажів головний лікар, його заступник, завідувачі відділеннями, головні та старші медсестри.

2.1. Запобігання професійним зараженням медичних працівників

Кожний пацієнт, якому надається допомога в лікувально-профілактичному закладі, повинен розглядатись як потенційне джерело інфекції ВІЛ/СНІДу, вірусних гепатитів В і С та інших інфекцій із парентеральним шляхом передачі.

З метою запобігання інфікуванню під час виконання своїх професійних обов'язків медичний персонал стоматологічної клініки повинен:

1. Знати основи гігієни та епідеміології.

2. Дотримуватися правил техніки безпеки та охорони праці під час роботи з біологічним матеріалом, проходити інструктаж із техніки безпеки оформлюючись на роботу та надалі – 1 раз за 6 місяців.
3. Проходити обов'язковий медичний огляд оформлюючись на роботу, надалі – в строки, визначені нормативними документами, зокрема обстежуватися на носійство патогенного стафілококу 1 раз за 6 місяців, носійство HBsAg і наявність антитіл до вірусу гепатиту С 1 раз за рік.
4. На робочому місці працювати лише в спецодязі, а саме: халаті хірургічному, шапочці або косинці, змінному взутті, 4-шаровій марлевій масці або респіраторі, захисних окулярах або екрані для обличчя, гумових рукавичках.
5. Усі маніпуляції, під час виконання яких може відбутися забруднення рук кров'ю, слиною або гноєм, необхідно здійснювати в гумових рукавичках. Перед одяганням гумових рукавичок ушкодження на шкірі рук слід закривати напальчниками або лейкопластиром.

Гігієна рук медичного персоналу.

Гігієнічна обробка рук.

Гігієнічна обробка рук передбачає знищення транзитної мікрофлори. Персонал стоматологічних клінік повинен проводити її як при реальній, так і при ймовірній можливості мікробної контамінації рук.

Мотивації гігієнічної обробки рук:

- перед входом на чисту половину персональних шлюзів в операційних блоках, стерилізаційне відділення та інші чисті приміщення;
- перед інвазивними маніпуляціями, які виконуються в рукавичках (перед катетеризацією вени, перед ін'єкціями, пункціями і т.д.);
- перед контактом із хворими, які мають підвищений ризик інфікування (хворі з імунодефіцитами, численними травмами, опіками);
- перед підготовкою розчинів для інфузій;
- до і після кожного контакту з раною (як чистою, так і гнійною);
- до і після контакту з місцями введення катетерів, дренажів тощо;
- після контакту із потенціально заразними матеріалами (кров, слина, екскременти і т.д.);
- після контакту із потенціально контамінованими предметами, поверхнями або рідинами (відсмоктувачами, прилади штучного дихання, система збору сечі, і т.д.);
- після контакту із пацієнтами, які є потенційними джерелами інфекції (бактеріоносії);
- після зняття рукавичок у випадках контакту із масивним мікробним забрудненням.

На робочих місцях із підвищеним ризиком інфікування, де показана гігієнічна дезінфекція рук, не дозволяється носити наручні годинники, каблучки та інші прикраси. Гігієнічну дезінфекцію рук проводять до і після контакту з пацієнтами, її ефективність цілком залежить від коректного послідовного виконання етапів обробки. Однією із найбільш поширених помилок при проведенні гігієнічної дезінфекції рук є попереднє миття рук, а потім обробка антисептиком. При митті рук кількість бактерій знижується за

рахунок їх змивання, що є недостатнім. Частина бактерій може попадати на предмети оточуючого середовища, на одяг персоналу. Навколо рукомийника виникає критична зона, в якій медичний персонал контактує із збудниками внутрішньолікарняної інфекції і може сприяти їх розповсюдженню. Якщо перед процесом миття провести дезінфекцію рук, то мікроорганізми гинуть прямо на руках, а потім будуть змиті водою з милом. В наслідок чого не виникатиме контамінація одягу і рук при контакті з предметами, які знаходяться в критичній зоні.

Етапи гігієнічної дезінфекції рук:

1. Антисептик відбирають в суху долонь і втирають в шкіру рук, особливу увагу приділяють дезінфекції шкіри великих пальців та кінчиків пальців;
2. Руки миють під струменем води з милом і потім сушать одноразовою серветкою або індивідуальним рушником.

Для гігієнічної обробки рук використовують не менш 3 мл антисептика, дезінфекція рук повинна проводитись не менш 30 секунд. Для гігієнічної дезінфекції рук використовують 70°С етиловий спирт, хоспісепт, АХД-2000, стериліум, октенідерм, сагросепт та інші дозволені антисептики.

Хірургічна обробка рук.

Хірургічна обробка рук передбачає знищення транзиторної мікрофлори і значне зменшення кількості резидентної мікрофлори шкіри рук. Хірургічну обробку шкіри рук проводять перед кожним оперативним втручанням (видалення та реплантація зубів, розтин абсцесів, флегмон тощо).

Хірургічна дезінфекція рук складається з двох етапів: миття і дезінфекція. Спочатку руки ретельно миють рідким милом, ополіскують водою і просушують стерильною марлевою серветкою. Для хірургічної дезінфекції рук використовують різні засоби, дозволені для застосування МОЗ України. Найчастіше це 0,5% спиртовий розчин хлоргексидину біглюконату, 2,4% розчин первомуру. Застосовують також спиртові розчини та антисептики: хоспісепт, АХД-2000, стериліум, октенідерм, сагросепт та інші. Обробку рук можна проводити методом протирання або методом занурення в емальований таз із розчином. Для дезінфекції методом протирання важливо зберігати послідовність етапів обробки рук. Спочатку наносять антисептик на руки і розтирають між долонями, потім правою долонею розтирають тильну поверхню лівої кисті, а лівою – тильну поверхню правої. На наступному етапі ретельно труть долоні між собою, при цьому пальці рук тісно переплетені в “замок”, і нарешті – стиснутими долонями розтирають по черзі великі пальці рук протилежної долоні. Використовуючи наведений вище метод, антисептик розтирають протягом 5 хвилин, рухи кожного етапу повторюють 5 разів, після чого руки витирають стерильною серветкою та одягають стерильні гумові рукавички.

Гігієна рук стоматолога важлива не лише з точки зору профілактики передачі інфекції від одного пацієнта іншому, але й з точки зору збереження захисних властивостей шкіри рук стоматолога. Для збереження нормального стану шкіри рук у процесі роботи необхідно: мити руки водою кімнатної температури (+20°С), ретельно просушувати сухим індивідуальним рушником, не користуватися жорсткими щітками, уникати попадання алергенів (антибіотики, новокаїн, полімери

та ін.), пом'якшувати шкіру рук кремом Майола Н5 (виробництва Німеччина "Лізоформ") або сумішшю гліцерину, води та нашатирного й етилового спирту в рівних частинах після роботи та на ніч.

Лікар-стоматолог усі маніпуляції повинен виконувати в гумових рукавичках. Оптимальною умовою, що значно знижує ризик професійного інфікування та зараження пацієнтів під час лікувально-діагностичних процедур, є заміна одноразових рукавичок після обслуговування кожного хворого. Але враховуючи економічні аспекти та наявність сучасних деззасобів, нині допускається багаторазове використання гумових рукавичок. У цьому разі після обслуговування кожного пацієнта руки в рукавичках дезінфікують одним із деззасобів протягом 3-х хвилин, потім ретельно миють теплою проточною водою з милом, висушують одноразовими серветками, а перед прийомом наступного пацієнта знову обробляють антисептичними засобами (70° спирт, хоспісепт, АХД-2000 та ін.). У разі забруднення рукавичок кров'ю, слиною чи іншим біоматеріалом хворого їх знімають і дезінфікують. Дезінфекцію проводять 0,5% дезактіном або 6% перекисом водню з 0,5% миючим засобом з експозицією 60 хвилин. Після дезінфекції одноразові гумові рукавички підлягають знищенню (утилізації), а рукавички багаторазового використання – передстерилізаційній обробці і стерилізації в автоклаві протягом 45 хвилин при t 120$\pm$2°С, тиску в камері 1,1 кгс/см^2. Після кожного зняття рукавичок руки, обробляють антисептиком, миють під струменем води з милом та витирають індивідуальним рушником чи одноразовою серветкою.

Миття рук.

Миття рук проводять перед початком і після закінчення робочої зміни. В деяких випадках необхідно індивідуально вирішувати питання про проведення гігієнічної дезінфекції або миття рук:

- перед приготуванням і прийомом їжі;
- до і після медичного обслуговування пацієнтів, якщо відсутні раніше наведені показання для гігієнічної обробки рук;
- після відвідування туалету (у випадках діареї різної етіології проводять тільки гігієнічну дезінфекцію рук);
- після очищення носу (при ринітах проводять гігієнічну дезінфекцію рук).

Під час виконання лікувально-діагностичних процедур можуть виникати ситуації, що супроводжуються порушенням цілості шкірних покривів медичного персоналу або попаданням крові та інших біологічних рідин пацієнта на слизові оболонки, неушкоджену шкіру медичних працівників. У цьому разі проводяться такі заходи:

Заходи при пораненнях, контакті з кров'ю, іншими біологічними матеріалами пацієнта

- Якщо контакт із кров'ю або іншим біоматеріалом пацієнта супроводжувався порушенням цілості шкіри (укол, поріз), то потерпілий повинен:

– зняти рукавички робочою поверхнею всередину;
– видавити кров із рани;

– ушкоджене місце обробити розчином дезінфектанту (70° етиловим спиртом або 5% настойкою йоду);
– ретельно двічі вимити руки з милом під проточною водою, а потім протерти їх 70° етиловим спиртом;
– на рану накласти пластир, надіти напальчник;
– за необхідності одягти нові гумові рукавички та продовжити роботу.

- Якщо контакт із кров'ю або іншою біорідиною не супроводжувався порушенням цілісності шкіри, необхідно:

– обробити місце забруднення 70% етиловим спиртом;
– промити його водою з милом і повторно обробити спиртом.

- У разі попадання біоматеріалу пацієнта на слизові оболонки медичного працівника необхідно вжити таких заходів:

а) ротову порожнину прополоскати 70° етиловим спиртом;
б) порожнину носа закапати 30% розчином альбуциду;
в) очі промити водою (чистими руками) і закапати 30% розчином альбуциду.

Для обробки носа та очей можна використовувати 0,05% розчин перманганату калію.

- У разі попадання біоматеріалу пацієнта на халат, одяг необхідно:

– одяг зняти і замочити в дезрозчині;
– шкіру рук та інших ділянок тіла, забруднених крізь одяг, протерти 70° етиловим спиртом, потім промити водою з милом і повторно протерти спиртом;
– забруднене взуття двічі протерти ганчір'ям, змоченим у розчині дезінфікуючого засобу.

Про кожний випадок ушкодження, пов'язаний із можливим інфікуванням під час виконання професійних обов'язків, персонал повинен інформувати керівника клініки (кабінету) та реєструвати в журнал обліку виробничого травматизму (табл. 3).

Таблиця 3

Журнал обліку виробничого травматизму, пов'язаного з ризиком інфікування

(травми, порізи, уколи незнезараженими інструментами, забруднення слизових оболонок біологічним матеріалом)

№	П.І.Б., посада особи, яка отримала травму	Вік	Обставини травми, за можливості вказати П.І.Б. хворого, адресу, №амбулаторної карти	Надання первинної допомоги	Заходи щодо травми, в т.ч. лабораторні обстеження
1	2	3	4	5	6

Для надання медичної допомоги кожний стоматологічний кабінет має бути укомплектований аптечкою термінової допомоги. До складу аптечки входять:

– напальчники з розрахунку 1-2 на кожного працівника;

– лейкопластир – 1 котушка;
– ножиці – 1 шт.;
– перманганат калію в наважках (0,05 г) – 3 шт.;
– посудина для розведення перманганату калію з маркіруванням на 1 л;
– спирт етиловий 70° – 50 мл;
– тюбик-крапельниця з 30% розчином альбуциду – 1-2 шт.;
– 5% спиртовий розчин йоду – 1 фл.;
– 3% розчин перекису водню – 1 фл.;
– рукавички гумові – 3 пари;
– бинт, ватні тампони;
– наважки дезінфікуючих засобів (зберігаються окремо):
  дезактін (5,0 г) – 3 шт.
– посудина для розведення деззасобів – 1 шт.

Будь-яке ушкодження шкіри, слизових оболонок медичного працівника, забруднення їх біологічним матеріалом від пацієнта розцінюються як **аварія**. У цьому випадку, крім обробки шкіри та слизових оболонок за методикою, зазначеною вище, проводиться обов'язкова реєстрація випадку аварії, обстеження та превентивне лікування медичного працівника за його згодою.

Журнал реєстрації аварій ведеться в усіх медичних закладах (табл.4).

Таблиця 4

Форма журналу аварій

№ п/п	Дата і час аварії	Характер аварії	Робота, яка виконувалась під час аварії	ПІБ потерпілого	Джерело можливого зараження	Особистий код чи ПІБ особи (за її згодою)
1	2	3	4	5	6	7

Відомості, що занесені в журнал аварій, підписуються завідувачем відділення або його заступником і головою режимної комісії.

Забір крові в медичного працівника для обстеження на наявність антитіл до ВІЛ проводиться в день аварії, через 3, 6 і 12 місяців.

2.2. Специфічна профілактика інфекцій, що передаються парентеральним шляхом

Профілактика вірусного гепатиту В (ВГВ)

Медичний персонал стоматологічної клініки (лікар-стоматолог, медична сестра) належить до групи підвищеного ризику зараження парентеральними інфекціями, тому підлягає плановій вакцинації проти ВГВ. Вакцинація проводиться HBV-вакциною за схемою 0-1-6 міс. Для екстреної вакцинації осіб, які мали ризик інфікування вірусом гепатиту В, одночасно з HBV-вакциною вводиться внутрішньом'язово імуноглобулін проти ВГВ не пізніше, ніж через 24 години після можливого інфікування. Однак в Україні імуноглобулін проти ВГВ нині не зареєстрований. Вакцину вводять за схемою: першу дозу – відразу після

можливого інфікування, другу – через 1 міс., третю – через 2 міс. і четверту – через 12 міс. Схеми вакцинації та дози для кожної окремої вакцини можуть бути змінені згідно з їхніми інструкціям. Якщо після закінчення повного курсу вакцинації рівень антитіл до HBsAg визначається нижче за 100МЕ/л, вводять ще одну бустерну дозу вакцини.

Профілактика ВІЛ-інфекції

Якщо аварія мала місце під час роботи з біоматеріалом, про який заздалегідь було відомо, що він інфікований ВІЛ, потерпілому проводиться екстрена профілактика азидотимідином (АЗТ) чи його аналогами дозою 800-1000 мг/добу протягом 3 тижнів (за згодою потерпілого). Розпочинати профілактичний прийом АЗТ бажано якнайшвидше, але не пізніше 24-36 годин після факту аварії.

2.3. Профілактика інфікування пацієнтів під час лікувально-діагностичних маніпуляцій

З метою профілактики внутрішньолікарняних інфекцій у стоматологічній клініці необхідно:

1) максимально застосовувати медичний і лабораторний інструментарій одноразового використання;

2) суворо дотримуватися санітарно-протиепідемічного та дезінфекційно-стерилізаційного режимів, перш за все правил дезінфекції, передстерилізаційного очищення і стерилізації медичного інструментарію та обладнання багаторазового використання.

Медичний інструментарій багаторазового використання необхідно піддавати дезінфекції, передстерилізаційному очищенню та стерилізації згідно з галузевим стандартом 42-21-2-85 та офіційними інструктивно-методичними документами.

Наказом головного лікаря стоматологічної клініки (приватного стоматологічного кабінету) призначається особа, відповідальна за дотримання санітарно-протиепідемічного режиму та якість проведення обробки медичного інструментарію в лікувальному закладі.

3. Організація та забезпечення дезінфекційно-стерилізаційного режиму в стоматологічній клініці

3.1. Режими обробки виробів медичного призначення

Усі вироби медичного призначення, якщо вони в процесі експлуатації контактують із кров'ю, контактують із поверхнею рани і слизовими оболонками та можуть викликати їх ушкодження, повинні проходити ретельну обробку. Обробка виробів медичного призначення проводиться в три етапи: дезінфекція, передстерилізаційне очищення, стерилізація. Стоматологічний інструментарій проходить усі етапи обробки.

3.1.1. Дезінфекція виробів медичного призначення

Після використання всі вироби медичного призначення підлягають негайній дезінфекції, яку проводять фізичними або хімічними методами.

Фізичний метод

Для дезінфекції виробів із скла, гуми, металу, термостійких полімерних матеріалів у стоматологічному кабінеті найчастіше застосовують кип'ятіння. Для цього необхідно мати дві посудини – №1 і №2.

У посудині №1 проводять ополіскування у воді забруднених кров'ю (гноєм) виробів із подальшим кип'ятінням води протягом 30 хв.; у посудині №2 – кип'ятіння виробів у дистильованій воді протягом 30 хв. або в 2% розчині соди – 15 хв.

Серед фізичних методів для дезінфекції виробів із термостійких матеріалів можуть також використовуватися паровий (у паровому стерилізаторі при t 110°С протягом 20 хв.) і повітряний (у повітряному стерилізаторі при t 120°С протягом 45 хв.) методи.

Хімічний метод

Хімічний метод дезінфекції найбільш поширений та загальноприйнятий у ЛПЗ. Для проведення дезінфекції також необхідно мати дві посудини.

У посудині №1 проводять ополіскування виробів у одному з дезрозчинів (Лізоформін-3000, 6% перекис водню, 0,2% дезактін, дезефект та ін.); у посудині №2 – повне занурення виробів у розібраному вигляді в один із зазначених розчинів у закритій скляній (пластмасовій, емальованій) посудині на 60-120 хвилин залежно від дезрозчину.

Крім дезінфекційних засобів, які передбачені наказами та методичними рекомендаціями, можна використовувати нові дезінфекційні препарати, дозволені до застосування в Україні, а саме: 0,25-0,5% дисмозон-Пур, 4-10% розчини корзолексу. Всі дезінфекційні засоби повинні мати свідоцтво про державну реєстрацію і супроводжуватися методичними вказівками щодо їх застосування.

У разі використання таких дезінфікуючих препаратів як Лізоформін-3000, дезефект, дезактін, септодор-форте два етапи обробки (дезінфекція і передстерилізаційне очищення) поєднуються в один.

Після дезінфекції вироби ретельно промивають під проточною водою та піддають передстерилізаційному очищенню.

Дезінфекцію, збір та зберігання інструментарію одноразового використання проводять відповідно до інструкції МОЗ України від 22.10.93р. №223 (“Инструкция о сборе, обеззараживании и хранении использованных медицинских изделий одноразового применения из пластических масс”). Усі медичні вироби одноразового призначення після використання без попереднього промивання та розбирання кип’ятять протягом 30 хвилин або на 60 хвилин занурюють в один із дезінфікуючих розчинів: 6% перекису водню. Голки ін’єкційні та скарифікатори додатково дезінфікують 0,5% дезактіном протягом 60 хвилин. Після дезінфекції вироби одноразового використання збирають у контейнери і зберігають до їх утилізації.

3.1.2. Передстерилізаційне очищення

Передстерилізаційне очищення передбачає видалення з виробів білкових, жирових та інших забруднень, залишків лікарських засобів.

Для передстерилізаційного очищення медичних інструментів необхідно використовувати один із таких миючих засобів: “Бланізол”, “Біолот”, “Біодез”, “Біомий”, “Бодефен” або “Лотос”, “Лотос-автомат” з добавкою перекису водню.

Передстерилізаційне очищення здійснюють ручним або механізованим способами (із застосуванням установок, машин). У разі проведення механізованої очистки інструментарій занурюють у машину і обробка проводиться відповідно до інструкції з експлуатації.

Процес ручного передстерилізаційного очищення проводиться в декілька етапів:

1) замочування виробів у бачку або ванні з повним їх зануренням на 15 хв. при t 50°С у 1% розчині “Бланізолу”, 0.5% розчині “Лотосу” або при t 40°С (±5)°С у 0,5% розчин “Біомию”, “Біолоту”;

2) миття кожного виробу в миючому розчині за допомогою спеціальної щітки або ватно-марлевого тампона 0,5 (+0,1) хв.;

3) ополіскування під проточною водою протягом 10 хв. у разі використання “Лотоса” і 3 хв. (“Біомию” або “Біолота” у ванні (раковині);

4) ополіскування дистильованою водою в раковині, бачку 0,5 (+0,1)хв.;

5) сушіння гарячим повітрям у сушильній шафі до повного видалення вологи при t 85°С (+2-10)°С.

Якість передстерилізаційної обробки повинна постійно перевірятися об’єктивними методами контролю шляхом постановки проб на наявність залишків крові та миючих засобів. Пробами перевіряється не менше 1% інструментарію, що проходить очищення. Результати перевірки фіксуються в окремому журналі. Для виявлення залишків крові застосовуються проби – азопірамова та з реактивом “Факел”, а залишків миючих засобів – фенолфталеїнова (підрозділ 3.1.4.). При позитивних пробах проводять повторну обробку всієї партії та з’ясовують причини незадовільної очистки медичного інструментарію.

3.1.3. Стерилізація

Стерилізація забезпечує загибель вегетативних та спорових форм патогенних і непатогенних мікроорганізмів. Застосовуються такі методи стерилізації:

1. Термічний (парові, повітряні, гласперленові стерилізатори).
2. Хімічний (газові стерилізатори, дезінфікуючі розчини).

3. Радіаційний (установки з радіоактивним джерелом опромінення для виробничої стерилізації виробів одноразового використання).

На основі принципово нових технологій створені нові типи стерилізаторів – плазмові та озонові.

У практиці роботи ЛПЗ найчастіше застосовують паровий та повітряний методи стерилізації.

Паровий метод

Для стерилізації використовують водяну насичену пару під тиском.

Режими:

а) t 132±2°С – 20 хв. при тиску в камері 2,0 кгс/см^2;

б) t 120±2°С – 45 хв. при тиску в камері 1,1 кгс/см^2.

Режим "а" рекомендується для обробки виробів із корозійностійких металів, скла, текстильних матеріалів.

Режим "б" – для виробів із гуми, латексу та окремих полімерних матеріалів (поліетилен високої щільності, ПВХ – пластикати).

Для упаковки виробів та матеріалу використовують:

- стерилізаційні коробки без фільтра типу КСК з терміном зберігання не більше 3 діб із моменту стерилізації;
- стерилізаційні коробки з фільтрами типу КФ із терміном зберігання не більше 20 діб;
- бязь бавовнопаперові полотна в два шари із терміном зберігання не менше 3 діб;
- папір водостійкий (крафт-папір) і рослинний пергамент із терміном зберігання не менше 3 діб.

Кожна з упаковок повинна мати бирку із зазначенням назви матеріалу, що стерилізується; дати і часу стерилізації; з підписом працівника, який проводив стерилізацію.

Якщо для роботи відкривається будь-яка з упаковок, її вміст має бути використаний протягом 6 годин.

Повітряний метод

Для стерилізації використовують сухе гаряче повітря в сушильних шафах.

Режими:

а) t 180°С (+2 -10)°С – 60 (+5)хв.;

б) t 160°С (+2-10)°С – 150 хв.

Застосовується для виробів із металів, скла та силіконової гуми. Метод не придатний для стерилізації виробів із текстилю.

Для упаковки виробів, що стерилізуються, використовують:

- папір водостійкий або рослинний пергамент із терміном зберігання таких виробів до 3-х діб із моменту стерилізації;
- відкриті металічні коробки, кришка яких стерилізується одночасно з коробкою і закривається негайно після стерилізації, з терміном зберігання не більше 12 год.

Стерилізацію виробів можна проводити також безпосередньо на полицях сушильної шафи, після чого їх викладають на стерильний стіл і зберігають не більше 12 год.

Якість стерилізації медичного інструментарію та матеріалів контролюється щоденно за допомогою хімічних тестів. Для цього під час кожного циклу стерилізації до повітряних або парових стерилізаторів закладаються стандартні термоіндикаторні трубки або термоіндикаторний папір у кількості не менше п'яти. Незадовільні результати контролю стерилізації потребують повторної стерилізації всього медичного інструментарію (матеріалу), технічного огляду стерилізатора та усунення недоліків.

Газовий метод

Для стерилізації використовують окис етилену, суміш окису етилену і бромистого метилу (ОБ) у співвідношенні 1:25, пари водного або спиртового розчину формальдегіду.

Газову стерилізацію як "холодний" метод стерилізації застосовують для термолабільних виробів медичного призначення – окисом етилену і сумішшю ОБ при температурах 18°, 35°, 42° і 55°С, парами водного розчину формальдегіду при температурі 70° і парами формальдегіду в етиловому спирті при температурах 42°, 45°, 65° і 80°С.

Хімічний метод

Для стерилізації використовують один із перерахованих нижче дезрозчинів:

а) перекис водню (6% розчин) – повне занурювання виробів у закритих посудинах при t 18°С, експозиція 360 хв., t 50°С – 180 хв.;

б) дезоксон-1 (1% розчин) при t не менше 18°С експозиція – 45 хв.;

в) глутаровий альдегід фірми "Reanal" (Угорщина), pH 7,0-8,5 при температурі не нижче 20°С, експозиція 360 хв.

Температура розчинів у процесі стерилізації не підтримується.

Хімічний метод стерилізації використовується для виробів із полімерних матеріалів, гуми, скла, корозійностійких металів, інших матеріалів, які не витримують теплової обробки.

Після стерилізації вироби промивають стерильною водою, виймають із розчину стерильним пінцетом, по черзі переносять в три стерильні посудини із стерильною дистильованою водою (у разі використання 6% розчину перекису водню – в дві) і зберігають у стерильних закритих біксах не більше 3 діб, а в разі зберігання на викладеному стерильному столі – не більше 12 годин.

Контроль дотримання санітарно-протиепідемічного та дезінфекційно-стерилізаційного режимів у стоматологічній клініці періодично проводиться силами СЕС.

3.1.4. Контроль якості передстерилізаційного очищення виробів медичного призначення

Азопірамова проба

Проба з азопірамом за чутливістю не поступається бензидиновій і в 10 разів перевищує амідопіринову, які застосовувалися раніше. З уведенням азопірамової, бензидинова та амідопіринова проби відміняються.

Азопірамову пробу використовують працівники ЛПЗ, спеціалісти СЕС, дезінфекційних служб для виявлення прихованих слідів крові, які можуть залишитися на непідготовлених до стерилізації медичних виробах унаслідок недостатнього очищення.

Контроль передстерилізаційного очищення здійснюється співробітниками СЕС та дезінфекційної служби 2 рази на рік, самоконтроль проводиться співробітниками стоматологічної клініки щоденно, а старшою медичною сестрою – не рідше 1 разу за тиждень.

Приготування початкового та робочого розчинів азопіраму

1. Замовте в аптеці початковий розчин азопіраму (амідопірину 10 г, солянокислогого аніліну 0,15 г, 95° спирту етилового 100 г).
2. Зберігайте ці розчини в закритому флаконі за температури +4°С (у холодильнику) протягом двох місяців, у темному місці при кімнатній температурі – протягом одного місяця.
3. Помірне жовте забарвлення в процесі зберігання без випадіння осаду не вказує на його непридатність.
4. Безпосередньо перед перевіркою якості передстерилізаційного очищення виробів приготуйте робочий розчин: змішайте азопірам та 3% розчин перекису водню у співвідношенні 1:1.
5. У разі потреби перевірте придатність робочого розчину азопіраму: 2-3 краплі розчину нанесіть на кров'яну пляму. Якщо не пізніше як через 1 хв. з'явиться фіолетове забарвлення, яке змінюється на бузкове, реактив придатний до використання. Якщо забарвлення протягом однієї хвилини не проявиться, реактив для використання непридатний.

Методика постановки азопірамової проби

Робочим розчином азопіраму обробіть обстежуваний предмет – протріть тампоном, змоченим у реактиві, або за допомогою піпетки нанесіть на нього декілька крапель реактиву. Так, у шприц за допомогою піпетки нанесіть кілька крапель реактиву і через 30 сек. вилийте його на марлеву серветку або ватний тампон.

Для перевірки якості очищення голок реактив наберіть у чистий, без слідів корозії шприц і, поступово змінюючи голки, пропустіть розчин через них, видавлюючи по 3-4 краплі на серветку.

Кількість реактиву, що потрібна для перевірки інших порожнистих виробів, залежить від їхньої величини.

Контролю підлягає 1% від кількості предметів одного призначення, але не менше 3-5 одиниць із кожної партії.

Визначення індикації забруднення

1. Азопірам виявляє наявність гемоглобіну, пероксидаз рослинного походження (рослинних залишків, миючих засобів із відбілювачем, іржі та кислот.
2. За наявності слідів крові негайно або не пізніше ніж через 1 хв. після контакту реактиву із забрудненою ділянкою з'являється забарвлення, спочатку фіолетове, яке потім швидко, протягом декількох секунд, переходить у рожево-бузкове або бурувате.
3. Забарвлення, що з'явилося пізніше ніж через 1 хв. після нанесення реактиву на предмет, не враховується.

4. Бурувате забарвлення спостерігається за наявності на обстежуваних предметах іржі, окислювачів, що містять хлор. У останніх випадках забарвлення рожево-бузкове.

5. Вироби, що обстежують, повинні бути кімнатної температури (не вище 25°С). Гарячі предмети перевірці не підлягають.

6. Не слід тримати розчин в умовах яскравого освітлення або підвищеної температури.

7. Робочий розчин (азопірам із перекисом водню) необхідно використати протягом 1-2 год. За більш тривалого зберігання може з'явитися спонтанне рожеве забарвлення розчину.

8. При температурі повітря вищій за 25°С робочий розчин використовується протягом 30-40 хв.

9. Після перевірки, незалежно від результатів, видаляють залишки азопіраму з обстежених предметів, обмивають їх водою, потім знову проводять передстерилізаційне очищення цих виробів.

Запобіжні заходи при використанні азопіраму:

1. Азопірам слід зберігати в щільно закритій посудині окремо від харчових продуктів, ліків, дезінфікуючих речовин, концентрованих кислот і лугів.

2. У разі попадання на шкіру або слизові оболонки азопіраму необхідно негайно зняти його серветкою і промити цю ділянку проточною водою.

3. Азопірам горить, тому його контакт із відкритим вогнем неприпустимий.

Проба з реактивом "Факел"

Для контролю якості передстерилізаційного очищення виробів медичного призначення готується 0,2% розчин реактиву "Факел", для чого вміст кришки від флакону з реактивом змішують із 10 мл дистильованої води. До цього розчину добавляють 1 мл (1:10) 3% розчину перекису водню. На вироби медичного призначення наносять 1-2 краплі розчину. За наявності залишків крові через 3-5 хвилин з'являється рожеве або вишневе забарвлення. Використати приготовлений розчин необхідно протягом 30-45 хвилин.

Фенолфталеїнова проба

Для постановки фенолфталеїнової проби необхідно приготувати 1%-й розчин фенолфталеїну. На вироби медичного призначення наносять 1-2 краплі розчину. За наявності залишків миючого розчину з'являється рожеве забарвлення.

3.2. Обробка стоматологічного інструментарію та обладнання стоматологічних кабінетів

Розглянутий раніше порядок обробки виробів медичного призначення загальний для всіх лікувально-профілактичних закладів. У той же час обробка деяких стоматологічних інструментів та матеріалів у стоматологічній клініці має свої особливості, які наведені нижче.

3.2.1. Обробка індивідуальних стоматологічних наборів та іншого інструментарію й обладнання загального призначення

У разі використання нових композиційних дезінфікуючих засобів: корзолексу, дезефекту, лізоформіну-3000 та ін. дезінфекція і передстерилізаційне очищення

стоматологічного інструментарію проводиться одночасно, тому обробка складається з двох етапів:

І етап – дезінфекція та передстерилізаційне очищення.

Посудина №1. Ополіскування інструментарію в одному з вищезазначених дезрозчинів від крові, слизу та залишків тканин.

Посудина №2. Занурення інструментарію повністю в дезрозчин на 60 хв. у закритій посудині. Після дезінфекції та передстерилізаційної обробки інструментарій промивають проточною водою протягом 5 хв. і ополіскують у дистильованій воді протягом 1 хв. Дезінфікуючі розчини використовуються одноразово. Інструментарій висушують у стерилізаційній шафі при t 85°С до видалення вологи.

ІІ етап – стерилізація.

Індивідуальні стоматологічні набори (лоток, пінцет, зонд, гладилка, елеватор, шпатель) стерилізуються в сушильній шафі в пакетах із крафт-паперу по 5-6 шт. у кожному. Інструментарій розміщують на сітку в шаховому положенні і стерилізують повітряним методом при t 180°С протягом 60 хв. Після закінчення експозиції весь інструментарій залишається в шафі для охолодження протягом 60 хв., потім може зберігатися в закритому вигляді протягом 3-х діб.

Ватні валики використовуються стерильними. Поряд з індивідуальним стоматологічним набором вони викладаються в стерильний лоток. Але валики можуть готуватися вручну і піддаватися стерилізації паровим методом у крафт-пакетах або бязевих мішечках по 20-25 штук у кожному. Під час прийому вони зберігаються в стерильних посудинах із кришкою або в пакетах, в яких стерилізувалися. Посудини для зберігання стерильних ватних валиків у кінці кожної зміни підлягають дезінфекції, передстерилізаційному очищенню і стерилізації паровим або повітряним методом.

Пінцети для забору стерильного інструментарію і матеріалу повинні зберігатися в сухому вигляді на стерильному лотку, прикриті стерильною серветкою. Кожен пінцет може використовуватися не більше1,5-2 годин. Бранші пінцетів зберігаються зануреними в стерильну посудину з 0,5% водним розчином хлоргексидину біглюконату або 3% перекису водню не більше 6 годин.

Пустер, тримачі для щіточок, що застосовуються для реставрації, підлягають дезінфекції після кожного пацієнта.

Щіточки для реставрації, гутаперчеві штифти використовуються одноразово, після чого дезінфікуються й утилізуються. Карпульні металічні ін’єктори проходять усі етапи обробки. Поршні до пластикових карпульних ін’єкторів дезінфікуються дворазово шляхом протирання серветкою, змоченою 70° етиловим спиртом, з інтервалом 15 хвилин.

Відсмоктувальні системи підлягають дезінфекції двічі за день: після закінчення першої зміни і наприкінці робочого дня. Для дезінфекції використовують 6% перекис водню. Вказані розчини пропускають через

відсмоктувальні системи установки в об'ємі 1 літр протягом 2 хвилин, потім залишають у ній на 30 хвилин. Наконечники до слиновідсмоктувачів використовуються одноразово, перед утилізацією підлягають дезінфекції. У разі багаторазового використання після застосування вони підлягають дезінфекції, передстерилізаційному очищенню і стерилізації: металеві – повітряним або паровим методом, пластикові – хімічним.

Предметні стекла для замішування цементу, пасти для пломбування і склянки для полоскання ротової порожнини повинні бути тільки одноразового використання.

Знімні плювальниці після кожного пацієнта занурюють у спеціальну посудину з дезрозчином, а стаціонарні – зрошують дезрозчином дворазово з інтервалом 15 хвилин, після чого прополіскують водою, а наприкінці зміни та робочого дня заливають дезрозчином при закритому отворі і накривають клейонкою на весь час експозиції. Вміст плювальниці заливають одним із дезрозчинів на подвійну експозицію.

3.2.2 Обробка стоматологічних борів багаторазового використання

I етап – дезінфекція.

Посудина №1. Промивають бори в дистильованій воді від залишків крові, слизу, тканин. Промивну воду кип'ятять протягом 30 хв. і виливають.

Посудина №2. Бори кип'ятять протягом 30 хв. у дистильованій воді.

II етап – передстерилізаційне очищення.

Занурюють бори в 1% розчин "Бланізолу", 0,5% розчин "Біомию", підігрітого до 40°С на 15 хв. Кожний бор миється окремо протягом 1 хв., ополіскується проточною водою протягом 3-5 хв., потім – дистильованою протягом 1 хв. Бори розкладають у чашки Петрі по 10 штук у кожну, сушать у сушильній шафі при t 85°С до повного видалення вологи.

III етап – стерилізація.

Чашки Петрі з борами у відкритому стані стерилізують у сушильній шафі при t 160°С протягом 150 хв. Після стерилізації чашки накривають стерильними кришками та складають у стерильний бікс.

3.2.3. Обробка стоматологічних дзеркал

Перед обробкою дзеркала відкручуються від ручки.

I етап – дезінфекція.

Посудина №1. Дзеркала ополіскують у 6% розчині перекису водню від залишків біологічних рідин.

Посудина №2. Дзеркала замочують у 6% розчині перекису водню на 2 години, потім ополіскують кожне дзеркало під проточною водою протягом 1 хв.

II етап – передстерилізаційне очищення.

Дзеркала занурюють у 0,5% розчин "Біомию" на 15 хвилин та підігрівають до t 40°С. Потім кожне дзеркало миють окремо протягом 0,5 хвилин, ополіскують проточною водою 3-5 хв., далі – дистильованою водою протягом 1 хв.

III етап – стерилізація.

Дзеркала занурюють у 6% розчин перекису водню, підігрітого до 50°С, на 3 години. Потім дзеркала ополіскують у двох стерильних лотках із стерильною

дистильованою водою. Стерильним пінцетом виймають дзеркало з лотка в стерильні бавовняні мішечки і складають у стерильні бікси.

3.2.4. Дезінфекція прямих та турбінних стоматологічних наконечників

Передстерилізаційна обробка та стерилізація не проводяться. Обробка стоматологічних наконечників здійснюється таким чином. Для зменшення внутрішнього забруднення через підключений до системи стислого повітря наконечник пропускають водяний струмінь протягом 30 секунд, потім наконечник відключають та змазують за допомогою розпилювально-очисної системи. Відпрацьований наконечник протирають стерильною марлевою серветкою, рясно змоченою 70^0спиртом, бациллолом-АФ два рази з інтервалом 15 хвилин. Після цього наконечник ополіскують стерильною дистильованою водою та зберігають на стерильному столі не більше 12 годин.

3.2.5. Обробка інструментарію, знезараження залишків крові та слини в ортопедичній стоматології

У роботі лікаря-ортопеда крім індивідуального стоматологічного набору використовуються коронкозніматели, коронкорізи, стоматологічні диски (алмазні та кам'яні), ложки для зняття зліпків (металеві та пластикові), зубопротезні шпателі, ножі-шпателі, ортопедичні наковальні та ортопедичний молоточок.

Коронкорізи та коронкознімачі обробляють так само, як і інструментарій багаторазового використання (підрозділ 3.2.1).

Металічні диски з алмазним покриттям під час прийому збирають у розчин, що складається з рівних частин 3% перекису водню і 10% нашатирного спирту. Ці диски проходять усі етапи обробки – дезінфекцію, передстерилізаційне очищення, стерилізацію у сушильних шафах при t 160°С або у гласперленових стерилізаторах протягом 30 секунд.

Кам'яні диски, як правило, використовуються одноразово, після застосування вони підлягають дезінфекції та утилізації.

Металеві ложки для зняття зліпків механічно очищають від залишків липкої маси та піддають дезінфекції, передстерилізаційному очищенню і стерилізації, а пластикові ложки використовуються одноразово і після дезінфекції утилізуються.

Зубопротезні шпателі, ножі-шпателі застосовуються тільки індивідуально, промиваються під проточною водою та підлягають дезінфекції.

Ортопедичні ковадло і молоточок після кожного використання дворазово протираються серветкою, змоченою в дезрозчині.

Відтиски з альгінатних, силіконових матеріалів, поліефірних смол і гідроколоїду, відтискні ложки, протези, мости, коронки, а також корозійностійкі артикулятори в закладах стоматологічного профілю знезаражують від залишків крові та слини таким чином:

- заготовки спочатку відмивають водою, дотримуючись при цьому правил індивідуального захисту (гумовий фартух, рукавички);
- занурюють у дезінфікуючий розчин відповідно до режимів, вказаних у таблиці 5;
- промивають проточною водою по 30 сек. з кожного боку або занурюють у посудину з водою на 5 хв.

Таблиця 5

Режими дезінфекції стоматологічних відтисків

№ п/п	Дезінфікуючий засіб	Концент-рація, %	Експозиція, хв.	Матеріал
1.	Сайдекс (Джонсон і Джонсон Медікол "ЛТД", США)	готовий до застосування	10	Відтиски альгінатні (кальцинат, стомальгін, упін) і силіконові (сігласт 03, 05 69, дентафлекс)
2.	Лізоформін 3000 ("Лізоформ Д-р Ханс Роземан ГмбХ", Німеччина),	1%	60	Відтиски альгінатні (кальцинат, стомальгін, упін) і силіконові (сігласт 03, 05 69, дентафлекс
3.	Сайдезим(Джонсон і Джонсон, США)	0,8-1,6%	10-5	Відтиски альгінатні (кальцинат, стомальгін, упін) і силіконові (сігласт 03, 05 69, дентафлекс)
4.	Сайдекс^{R}ОПА (з індикаторними тест-смужками) Джонсон і Джонсон Медікол "ЛТД", США)	0,55%	5	Відтиски альгінатні (кальцинат, стомальгін, упін) і силіконові (сігласт 03, 05 69, дентафлекс)
5.	Перекис водню (Росія)	4%	15	Відтиски силіконові
6.	Саніфект 128 (США)	2,3	30	Відтиски силіконові та альгінатні
7.	Дезефект (УНПЦПД) (Україна)	2,3	30	Відтиски силіконові та альгінатні

3.2.6. Обробка інструментарію та різних об'єктів у фізіотерапевтичних кабінетах

Знімальні ясенні та точкові електроди підлягають дезінфекції шляхом кип'ятіння в дистильованій воді в спеціальних посудинах із кришкою протягом 30 хвилин.

Ватно-марлеві тампони, що застосовуються для аплікацій у ротовій порожнині, використовуються одноразово, потім дезінфікуються у 0,5% розчині дезактіну протягом 60 хвилин і знищуються.

Тубуси до апарата КУФ знезаражуються після кожного застосування методом кип'ятіння у дистильованій воді протягом 30 хвилин, потім додатково протираються стерильним марлевим тампоном, змоченим 70° етиловим спиртом.

Світловоди для апарата лазерного опромінення, скляні електроди для дарсонвалізації дезінфікують після кожного хворого шляхом занурення в 70° етиловий спирт на 30 хвилин.

Кореневі голки, що використовуються для електрокоагуляцій, підлягають дезінфекції, передстерилізаційному очищенню та стерилізації.

4. Тактика при виникненні та підозрі на карантинні інфекції

Нині у світі значно загострилась епідеміологічна ситуація з карантинних та особливо небезпечних інфекцій. До карантинних належать інфекції, на які поширюється дія “Міжнародних медико-санітарних правил”, а саме: холера, чума, жовта гарячка, контагіозні вірусні гарячки.

Нормативною базою, яка регламентує проведення заходів, спрямованих на запобігання виникненню і розповсюдженню карантинних інфекцій на території України, є:

– Правила санітарної охорони території України, затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 24 квітня 1999 року №696;
– Наказ МОЗ України №133 “Перелік особливо небезпечних, небезпечних інфекційних та паразитарних хвороб людини і носійства збудників цих хвороб від 19.07.95 р.”;
– Наказ МОЗ України №167 “Про удосконалення протихолерних заходів на Україні” від 30.05.97 р.;
– Комплексний план заходів щодо санітарної охорони території області від занесення та розповсюдження карантинних інфекцій, затверджений наказом Управління охорони здоров’я обласної державної адміністрації.

На основі плану району (міста) адміністратор (лікар) стоматологічної клініки (кабінету) щороку розробляє план заходів на випадок виникнення карантинних інфекцій. План узгоджується в СЕС та затверджується керівником центральної районної лікарні (ЦРЛ) чи міської лікарні, якщо стоматологічний кабінет є їхнім структурним підрозділом. Крім оперативного плану в стоматологічній клініці (кабінеті) повинні бути такі документи:

– наказ по відділу охорони здоров’я;
– план заходів щодо профілактики карантинних інфекцій;
– функціональні обов’язки медичного персоналу при виявленні хворого, підозрілого на карантинну інфекцію;
– схема інформування про випадок карантинної інфекції;
– журнал обліку занять зі співробітниками з питань діагностики, лікування і профілактики карантинних інфекцій і протоколи тренувальних занять із розбором допущених помилок;
– форма списків контактних;
– пам’ятка про правила забору матеріалу від хворого і доставку його в лабораторію;
– перелік засобів екстреної профілактики;
– правила використання дезінфікуючих засобів, що застосовуються у вогнищах інфекції;
– правила одягання протичумного костюму.

Згідно з “Правилами санітарної охорони території України” кожен лікувально-профілактичний заклад повинен бути готовий до організації та проведення первинних протиепідемічних заходів у осередку карантинних інфекцій. Відповідно до плану в благополучний період адміністратор (лікар) установи організовує підготовку медичного персоналу, забезпечення інструктивними

матеріалами про їхні функціональні обов'язки у випадку виявлення хворого з підозрою на карантинну інфекцію, надання медичної допомоги, проведення дезінфекції, використання засобів екстреної профілактики та індивідуального захисту.

У випадку виявлення карантинного захворювання в стоматологічній клініці (кабінеті) лікар проводить заходи щодо локалізації вогнища відповідно до діючих наказів, інструкцій і функціональних обов'язків.

Принципи організації первинних протиепідемічних заходів у осередку карантинних інфекцій викладені в "Інструкції про проведення первинних заходів при виявленні хворого (трупа), підозрілого щодо захворювання на чуму, холеру, контагіозні вірусні геморагічні гарячки" (Москва, 1985 р.). Основні з них наведені нижче.

Витяг з "Інструкції про проведення первинних заходів при виявленні хворого (трупа), підозрілого щодо захворювання на чуму, холеру, контагіозні вірусні геморагічні гарячки"

Принципи організації первинних протиепідемічних заходів однакові для всіх вищезгаданих інфекцій: 1) виявлення хворого (трупа); 2) інформація про виявлення хворого; 3) уточнення діагнозу; 4) лікування; 5) ізоляція хворого з подальшою його госпіталізацією; 6) обсерваційні, карантинні або інші обмежувальні заходи; 7) виявлення померлих від невідомих причин, розтин трупа, взяття матеріалу для бактеріологічного і вірусологічного досліджень; знезараження, правильне транспортування та поховання трупів; 8) виявлення, ізоляція, проведення екстреної профілактики контактним особам; 9) провізорна госпіталізація всіх хворих, характер захворювання яких не виключає діагнозу особливо небезпечних інфекцій; 10) дезінфекція; 11) екстрена профілактика населення; 12) медичне спостереження за населенням; 13) санітарна освіта; 14) санітарний контроль за зовнішнім середовищем.

У разі виявлення хворого з особливо небезпечною інфекцією в амбулаторно-поліклінічному закладі прийом усіх хворих припиняють. Хворого залишають на місці виявлення до госпіталізації в спеціальний інфекційний стаціонар. За необхідності йому надають екстрену медичну допомогу.

Не виходячи з приміщення, де перебував хворий, лікар по телефону або через посильного, який не був у контакті з підозрілим, замовляє необхідні медикаменти, укладки захисного одягу і для взяття матеріалу для лабораторного дослідження, засоби особистої профілактики і терміново сповіщає головних лікарів відповідного лікувального закладу, станції "швидкої допомоги" і санепідстанції. Схема сповіщення має бути у кожному лікувально-профілактичному закладі на помітному місці. Необхідно мати засоби індивідуального захисту з розрахунку для персоналу поліклінік і ФАПів по 1 комплекту на 1 зміну осіб, зайнятих безпосередньо обслуговуванням хворих.

Забороняється вхід у медичний заклад і вихід із нього. Закривають усі вхідні двері, припиняється спілкування між поверхами. Виставляють пости біля кабінету, де перебуває хворий, біля вхідних дверей поліклініки і на поверхах. З кабінету, де перебуває хворий, забороняється виносити речі, передавати амбулаторні карти в реєстратуру до проведення заключної дезінфекції. При підозрі на чуму, контагіозні

вірусні геморагічні гарячки в кабінеті зачиняють вікна і двері, відключають вентиляцію. Вентиляційні отвори заклеюють лейкопластиром.

Лікар залишається з хворим до прибуття евакобригади. Він зобов'язаний закрити ніс і рот рушником чи маскою, зробленою з підручних засобів (вати, марлі, бинта). Перед надяганням захисного одягу відкриті частини тіла обробляють 70° етиловим спиртом, а слизові оболонки – розчином стрептоміцину.

Складають списки осіб, що були в контакті з хворим у цьому лікувальному закладі, за місцем проживання, медичного обслуговуючого персоналу. При цьому зазначають прізвище, ім'я та по батькові контактних осіб, рік народження, місце проживання і роботи, контакт із хворим (де, коли, ступінь, тривалість), щеплення проти цієї інфекції.

У кабінеті, де було виявлено хворого, проводять поточну дезінфекцію, а після його госпіталізації – заключну дезінфекцію.

Якщо хворого було виявлено не в поліклініці, а вдома, в готелі, на транспорті, лікар, який виявив його, зобов'язаний сповістити про це головного лікаря поліклініки, викликати спеціалізовану машину "швидкої допомоги", залишитися з хворим, вживши заходів особистої безпеки і надати йому за необхідності екстрену медичну допомогу. Потім лікар повинен супроводити хворого до місця госпіталізації, після чого сам підлягає обсервації й екстреній антибіотикотерапії.

5. Сучасні дезінфікуючі засоби, дозволені для застосовування в медичних закладах стоматологічного профілю

У ЛПЗ стоматологічного профілю найчастіше застосовують хімічний спосіб дезінфекції, який базується на використанні хімічних речовин та їхніх сполук, що знищують мікроорганізми на об'єктах і предметах зовнішнього середовища, в повітрі та різних біосубстратах (харкотиння, слина, гній тощо). Як засоби хімічної дезінфекції застосовують лише ті, які станом на січень поточного року наказом МОЗ України дозволені для застосування, мають реєстраційне посвідчення, позитивний висновок санітарно-гігієнічної експертизи та методичні рекомендації щодо їх застосування. Аналогічні вимоги дійсні також для засобів, що використовуються для передстерилізаційного очищення, стерилізації та контролю їхньої якості.

Усі дезінфекційні засоби за хімічною структурою поділяють на галоїдумісні, кисневовмісні, поверхнево-активні речовини, спирти, альдегідувмісні, фенолумісні, гуаніди та комбіновані.

Для ефективного застосування дезінфектантів необхідно дотримуватися таких умов:

1. Використовувати їх у рідкій формі у вигляді розчинів, емульсій, суспензій.
2. Чітко витримувати необхідну концентрацію робочого розчину.
3. Забезпечити щільний контакт дезінфектантів з об'єктом, що дезінфікується.
4. Витримувати визначені строки експозиції.

Нині в Україні є широкий вибір дезінфікуючих засобів як зарубіжного, так і вітчизняного походження. Перш за все заслуговують на увагу препарати цільового призначення, які максимально враховують особливості обробки виробів медичного призначення. Наприклад, це – "Лізоформін 3000" фірми "Лізоформ Д-р

Ханс Роземан ГмбХ” (Німеччина), “Сайдекс*” фірми “Джонсон і Джонсон Медікл ГмбХ” (США), “Корзолекс базік”, “Корзолін і Д*” фірми “Боде Хемі ГмбХ” (Німеччина), “Дезактін” (виробництва ТОВ “Делана”), “Дезефект” виробництва ЗАТ “Український центр проблем дезінфекції” та ін. Але в той же час не існує універсальних засобів, придатних для дезінфекції, передстерилізаційного очищення та стерилізації усіх об’єктів при будь-якій інфекції. Практично кожен із препаратів має обмеження за спектром антимікробної дії, ділянкою застосування, ступенем токсичності та впливу на об’єкти, що підлягають обробці, тому вибір препарату залежить перш за все від функціонального призначення об’єктів, що обробляються, спектру антимікробної дії та його цільового призначення. Враховують також економічну доцільність. У табл. 6 наведені сучасні дезінфікуючі засоби, що використовуються в закладах стоматологічного профілю та показання до їх застосування.

Таблиця 6

Сучасні дезінфікуючі засоби, дозволені для застосовування в медичних закладах стоматологічного профілю

№	Торгівельна назва	Фірма-виробник, країна	Форма випуску	Діюча речовина, % вміст	Показання до застосування
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1	Лізоформін 3000	“Лізоформ Д-р Ханс Роземан ГмбХ”, Німеччина	Розчин у флаконах 20 мл, пляшках 1; 2л, каністрах 6; 20 л, діжках 60 л	Глутаровий альдегід 9,5 % Гліоксаль7,5% Дидецилдиметиламоній хлорид 9,6 %	Дезінфекція, передстерилізаційна очистка і стерилізація виробів медичного призначення, в т.ч. стоматологічних інструментів при кишкових та крапельних інфекціях бактеріальної та вірусної етіології, туберкульозі
2	Сайдекс^{R}ОПА (з індикаторними тест-смужками)	“Джонсон і Джонсон Медикал Лтд”, Великобританія	Упаковка з 4 каністрами по 3,78 літра. Упаковка з 2 пеналами по 15 смужок в кожній.	0,55% розчин орто-фталевого альдегіду	Дезінфекція виробів медичного призначення виготовлених із застосуванням різних матеріалів (скло, метали, гуми на основі натурального та силіконового каучуку, пластмаса тощо), включаючи хірургічні та стоматологічні інструменти, включаючи жорстокі та гнучкі ендоскопи . Розчин діє на віруси, бактерії, мікроскопічні гриби, мікобактерії туберкульозу. Під час використання можливий контроль дезінфекції за допомогою індикаторних тест-смужок.
3	Сайдекс	“Джонсон і Джонсон Медикал Лтд”, Великобританія	Розчин у каністрах по 5 л з активатором	Глутаровий альдегід 2,2-2,6 %	Дезінфекція виробів медичного призначення, виготовлених із застосуванням різних матеріалів (скло, метали, гума, пластмаса тощо), включаючи хірургічні та стоматологічні інструменти, включаючи жорстокі та гнучкі ендоскопи та медичні інструменти до них) при інфекціях бактеріальної (включаючи туберкульоз), вірусної (включаючи парентеральні вірусні гепатити та ВІЛ-

					інфекцію) та грибкової (кандидози, дерматомікози) етіології
4.	САЙДЕзим[R]	“Джонсон і Джонсон, Едвандс стерилізейшен продактс”, США.	Упаковка з 12 бутилями на 1 літр; упаковка з 4 бутилями на 5 літрів	Ферментативний миючий засіб	Миючий засіб для проведення передстерилізаційної обробки медичного інструментарію, в т.ч. ендоскопічного, хірургічного та стоматологічного профілю
5.	НУ-САЙДЕКС[R]	“Джонсон і Джонсон Медикал Лтд”, Великобританія	Упаковка з двома наборами по 5 літрів	0,35% стабілізований буферний розчин надуксусної кіслоти.	Дезінфекція виробів медичного призначення, виготовлених із застосуванням термолабільних матеріалів (включаючи жорстокі та гнучкі ендоскопи та медичні інструменти до них) при інфекціях бактеріальної (включаючи туберкульоз), вірусної та грибкової етіології
6.	Дезефект	ЗАТ “Український НВЦ проблем дезінфекції”, Україна	Концентрат у флаконах з дозатором по 30; 90; 250; 500; 1000 мл, у каністрах по 5;10; 20 л	N-алкілдиметилбензиламоній хлорид 4,5 % N-алкілдиметилетилбензиламоній хлорид 4,5% Активуючі добавки	Дезінфекція виробів медичного призначення, в т.ч. поєднана з ПСО в одному етапі при багаторазовому використанні розчинів при кишкових та крапельних інфекціях бактеріальної (в т.ч. при туберкульозі), вірусної (в т.ч. при гепатитах та СНІД) та грибкової етіології.
6.	Дезактін	ТОВ “Делана”, Україна	Сипкий порошок від білого до жовтуватого кольору з помірним запахом хлору.	Дихлорантин 21-23; 5,5- диметилгідантоїн 12,4-16,4; диспергатор 9,0-12,0; аніонні поверхнево-активні речовини 3,2-5,0; інгібітор корозії до	Призначений для поточної та заключної дезінфекції в лікувальних закладах та вогнищах кишкових і крапельних інфекцій бактеріальної та вірусної етіології, туберкульозу, дерматофітій, а також для перед стерилізаційного очищення та поєднання процесів дезінфекції і перед стерилізаційного очищення виробів медичного

				10,0; наповнювач до 100,0. Вміст активного хлору становить не менше 14,0%	призначення із корозійностійкого металу, скла, гуми та полімерних матеріалів.
7.	Дисмозон пур	Боде Хемі ГмбХ та Ко”, Німеччина	Гранулят у гашетках по 20 гр.	Моноперокcифталат-гексагідрат магнію 80,0%	Дезінфекція виробів медичного призначення при кишкових та крапельних інфекціях бактеріальної та вірусної (СНІД, гепатит В) етіології, а також при туберкульозі та грибкових інфекціях
8.	Корзолекс[R] плюс	Боде Хемі ГмбХ та Ко”, Німеччина	Рідкій концентрат у пластикових каністрах по 500,0 мл; у пластикових каністрах по 2,0 л, по 5,0 л; у пластикових флаконах(in bulk) по 500,0 мл №20; у пластикових каністрах(in bulk) по 2,0 л №4, по 5,0 л №128	9,2 г додецилбіспропилентріамін; 13,0 г дидецилдиметіламмоній хлоріда; розчинник; комплексоутворювач; інгібітори корозії; регулятори піноутворювання; регулятори pH; барвники; ароматизатори.	Дезінфекція та передстерилізаційне очищення термолабільних і термостабільних інструментів, в т. ч. гнучких ендоскопів при інфекціях бактеріальної (включаючи туберкульоз), вірусної (СНІД, гепатит В) та грибкової етіології
9.	Корзолекс[R] екстра	Боде Хемі ГмбХ та Ко”, Німеччина	Рідкій концентрат у пластикових каністрах по 500,0 мл; у пластикових каністрах по 2,0 л, по 5,0 л; у пластикових флаконах(in bulk) по 500,0 мл №20; у	15,3 г 1,6-дігідроксі-2,5-діоксагексана; 7,5 г глутарового альдегіду; 1,0 г бензалконія хлоріду; 1,0 г дидецилдиметиламоій хлоріду; ПАВ; розчинник; інгібітори корозії; регулятори	Дезінфекція та передстерилізаційне очищення термолабільних і термостабільних інструментів, в т. ч. гнучких ендоскопів при інфекціях бактеріальної (включаючи туберкульоз), поліовірусної (СНІД, гепатит В, адено-, поліо-, рота-, вакциновіруси) та грибкової етіології

			пластикових каністрах(in bulk) по 2,0 л №4, по 5,0 л №128	піноутворювання; регулятори pH; барвники; ароматизатори	
10	Бацилол АФ	Боде Хемі ГмбХ та Ко”, Німеччина	Розчин у флаконах по 50 мл із розчинником; флаконах по 0,5 л, 1 л; каністрах по 5 л; діжках по 200 л	1-пропанол 45,0% 2-пропанол 25,0% етанол 4,7%	Дезінфекція поверхонь, обладнання, виробів медичного призначення при інфекціях бактеріальної, вірусної (в т.ч. СНІД, гепатит В, адено-, ротавіруси) етіології, а також при туберкульозі та грибкових інфекціях
11	Бодедекс[R] форте	Боде Хемі ГмбХ та Ко”, Німеччина	Рідкій концентрат у пластикових каністрах по 500,0 мл; у пластикових каністрах по 2,0 л, по 5,0 л; у пластикових флаконах(in bulk) по 500,0 мл №20; у пластикових каністрах(in bulk) по 2,0 л №4, по 5,0 л №128	10-20 г пропиленгликолю, 5-10 г ізотридекаолєтоксилата 7ЕО, 5-10 г фетталкогольполипглікоефіру, неіоні і амфотерні поверхньо-активні речовини, розчинники, проізводні амінокислот, інгібітори корозії, антисептики	Очисник високої дії для інструментів, застосовується самостійно або разом з дезінфікуючими засобами. Розчиняє залишки рентген контрастних речовин, крові та ін.. біоматеріалів
12	Мікробак[R] екстра	Боде Хемі ГмбХ та Ко”, Німеччина	Рідкій концентрат у пластикових каністрах по 5,0 л; у пластикових флаконах(in bulk) по 200,0 мл; у пластикових	Додецибіспропілентріамін – 15,0 г, бензалконій хлорід – 6,0 г, поверхнево-активні речовини, розчинник; комплексоутворювач;	Для дезінфекції та миття поверхонь. Використовується при інфекціях бактеріальної, вірусної (в т.ч. СНІД, гепатит В, адено-, ротавіруси) етіології, а також при туберкульозі та грибкових інфекціях

			каністрах(in bulk) по 5,0 л №128, 25,0 л	інгібітори корозії; регулятори піноутворювання; регулятори pH; барвники; ароматизатори.	
13	Септодор Форте	“Дорвет Лтд”, Ізраїль	Рідина у пляшках із полімерних матеріалів 0,1; 0,25; 0,33; 0,5; 1; 5; 25 л	Глутаровий альдегід, четвертинні амонієві сполуки	Передстерилізаційне очищення та дезінфекція виробів медичного призначення, дезінфекція поверхонь приміщень, медобладнання, меблів, сантехнічного обладнання при кишкових і крапельних інфекціях бактеріальної і вірусної етіології, туберкульозі, дерматомікозах, кандидозах

РЕЗЮМЕ

У методичних рекомендаціях викладені основні напрямки роботи, які допоможуть лікареві-стоматологу забезпечити належний санітарно-гігієнічний та протиепідемічний режими в стоматологічній клініці (кабінеті), запобігти випадкам внутрішньолікарняного інфікування, організувати та забезпечити якісне проведення дезінфекційно-стерилізаційного режиму. Вони також ознайомлять фахівців із сучасними дезінфікуючими засобами та апаратурою, що використовується в стоматології.

Методичні рекомендації “Інфекційний контроль у стоматології” будуть корисними не лише як практикуючим лікарям-стоматологам, так і студентам медичних закладів, лікарям-інтернам.

ЛІТЕРАТУРА

1. Борисенко А.В. Организация работы врача-стоматолога и возможные профессиональные вредности // Стоматолог. – 2000. – №5. – С. 48 – 51.
2. Боровский Е.В. Организация и оборудование стоматологического кабинета //В кн.: Терапевтическая стоматология: Учеб. /Е.В.Боровский, Ю.Д.Барышева, Ю.М.Максимовский и др.– М.: Медицина, 1988. – С. 12–18.
3. Волкова А.С., Анашкин В.В., Камчатный Г.И. Организация работы частного стоматологического кабинета. – Вопросы, проблемы и пути их решения. – Харків: Курсор. – 2002. – С. 105-175.
4. Инструкция по режиму работы в стоматологическом кабинете. – М.,1993.–2 с.
5. Катаева В.А. Профилактика внутрибольничных инфекций в стоматологии. – М., 1990 – 20 с.
6. Каталог: Стоматологические установки. Стоматологические кресла. Инструменты и принадлежности стоматологических установок. Аппараты для стоматологических лабораторий. – М., 1997. –12 с.
7. Кунин А.А., Шумилович Б.Р., Степанов Н.Н. Перекрестная инфекция в клинике терапевтической стоматологии. – Липец, 1995. – 15 с.
8. Методические рекомендации по контролю стерильности изделий медицинского назначения: Приложение №6 к приказу Минздрава СССР №60 от 17.01.79 г. //Сборник важнейших официальных материалов по вопросам дезинфекции, стерилизации, дезинсекции, дератизации. В 6-ти томах.Т.3. – М.: ТОО “Рарогъ”, 1994. – С. 251–272.
9. Методические указания по контролю работы паровых и воздушных стерилизаторов №15/6-5 от 28.02.91 г. // Сборник важнейших официальных материалов по вопросам дезинфекции, стерилизации, дезинсекции, дератизации. В 6-ти томах. Т.3. – М.: ТОО “РАРОГЪ”, 1994. – С. 293–329.
10. Небесный К.С. Основы гигиены труда медицинского персонала в стоматологических клиниках // Стоматолог. – 2001. – №6. – С. 40-44.
11. Организация и санитарно-гигиенические основы стоматологических учреждений: Лекции по стоматологии /Под.ред А.И.Иванова. – Л.: ЛСГ МИ, 1986.– 32 с.
12. Организация санитарно-гигиенического и дезинфекционно-стерилизационного режимов в учреждениях стоматологического профиля: Методическое письмо. – М., 1995. – 11 с.
13. Паровые стерилизаторы. – М., 1997. – 6 с.
14. Пахомов Г.Н. Основы организации стоматологической помощи населению. – М.: Медицина, 1983.– 280 с.
15. Рамкова Н.В. Методы, средства и режимы стерилизации //В кн.: Профилактика внутрибольничных инфекций. – М.: ТОО “Рарогъ”, 1993.– С. 172-178.
16. Самойлович В.А. СПИД в стоматологии //Мед.сестра. – 1990. – №2.– С. 27–29.
17. Санитарно-гигиенический и противоэпидемический режим в учреждениях стоматологического профиля / В.В.Анашкин, Н.А.Анашкина, С.Д.Волков и др.– К.: Транспорт Украины, 1999.–158 с.

18. СПИД и тактика стоматолога /Т.С.Чемикосова, С.С.Белозерова, В.А.Кадырова и др. //Клиническая стоматология. – 1997. – №3.– С. 29.
19. Угулава С.Н. Профилактика вирусного гепатита В в амбулаторной хирургической стоматологии //Мед.сестра.– 1985. – №8.– С. 36.
20. Цепов Л.М. Стоматологические аспекты СПИДа и информированность студентов и врачей //Стоматология. – 1990. – №2. – С. 82-83.
21. Морозова Н. С., Дехтярь А. В., Корженевский С. В., Семишев В. И. Гигиена рук медицинского персонала // Пособие для персонала лечебно-профилактических учреждений, аптек, фармацевтических предприятий. Харьков, 2001.- 19 с.