

**Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
„Українська медична стоматологічна академія”**

**Затверджено
ЦМК МОЗ України
Протокол № 3 від 18.10.2007 р.**

Каськова Л.Ф., Бабіна О.О., Амосова Л.І.

**ВИРОБНИЧА ПРАКТИКА
В ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ
СТОМАТОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ**

Навчальний посібник

Полтава – 2007

УДК 616.31:377.8(07)

Каськова Л.Ф., Бабіна О.О., Амосова Л.І. **Виробнича практика в якості медичної сестри стоматологічного відділення:** Навчальний посібник. –Полтава: , 2007. - с.

Навчальний посібник, що містить відомості з організації роботи та здійснення заходів санітарно-протиепідемічного режиму у стоматологічних відділеннях, складено у відповідності до діючих типового плану і наскрізної програми з виробничої практики для студентів стоматологічного факультету. В посібнику у повному об'ємі на сучасному рівні викладені питання обробки інструментів, обладнання, приміщень, захисту медичного персоналу і пацієнтів на стоматологічному прийомі.

Розраховано на студентів, інтернів, клінічних ординаторів, викладачів стоматологічних факультетів медичних вузів.

Табл. . Іл. . Бібліогр.: 47 назв.

Рецензенти: Н.І. Смоляр, зав. кафедри стоматології дитячого віку Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, доктор медичних наук, професор.

О.В. Деньга, зав. кафедри стоматології дитячого віку Одеського державного медичного університету, доктор медичних наук, професор.

А.В. Самойленко, зав. кафедри дитячої стоматології Дніпропетровської державної медичної академії, доктор медичних наук, професор.

ЗМІСТ

I. Вступ	
II. Організація роботи стоматологічного відділення	
III. Санітарно-протиепідемічний режим в стоматології	
1. Антисептика й асептика	
2. Дезінфекція	
2.1. Види дезінфекції	
2.1.1. Вогнищева дезінфекція	
2.1.2. Профілактична дезінфекція	
2.2. Методи дезінфекції	
2.2.1. Фізичний метод	
2.2.2. Хімічний метод	
3. Передстерилізаційна очистка	
3.1. Способи передстерилізаційної очистки	
3.1.1. Ручний спосіб	
3.1.2. Механізований спосіб	
3.2. Дезінфекція і передстерилізаційна очистка, що поєднані в одному етапі – передстерилізаційна очистка	
4. Стерилізація	
4.1. Паровий метод	
4.2. Повітряний метод	
4.3. Стерилізація іонізуючим випромінюванням	
4.4. Хімічний метод (холодна стерилізація) із застосуванням хімічних розчинів та газів	
5. Обробка інструментарію та обладнання в стоматології	
5.1. Обробка інструментарію та інших об'єктів в кабінетах терапевтичної стоматології	
5.2. Обробка інструментарію та інших об'єктів в кабінетах ортопедичної стоматології та ортодонтії	

5.3. Обробка інструментарію та інших об'єктів в кабінетах хірургічної стоматології	
5.4. Обробка інструментарію та інших об'єктів в фізіотерапевтичних кабінетах	
6. Прибирання приміщень у стоматологічному відділенні	
7. Вимоги щодо особистої гігієни медичного персоналу стоматологічного відділення	
8. Профілактика внутрішньолікарняних інфекцій, що передаються парентеральним шляхом	
8.1. Заходи, що застосовуються при ризику парентерального інфікування медичних працівників і пацієнтів.	
8.2. Специфічна профілактика інфекцій, що передаються парентеральним шляхом	
9. Заходи при підозрі та виникненні карантинних інфекцій	
10. Правила техніки безпеки та протипожежні заходи	
III. Рекомендації щодо ведення щоденника з виробничої практики	
IV. Орієнтовний перелік питань для захисту виробничої практики	
V. Додатки	
VI. Література	

ВСТУП

Виробнича практика студентів є важливою ланкою у підготовці лікаря-стоматолога, послідовним продовженням навчального процесу, органічним поєднанням теорії і практики, без чого нині неможливе формування висококваліфікованого спеціаліста.

Головне завдання виробничої практики – закріплення знань, отриманих у процесі навчання, засвоєння і вдосконалення практичних навичок в умовах майбутньої діяльності.

Мета виробничої практики:

- оволодіння студентами сучасними методами організації і забезпечення дезінфікаційно-стерилізаційного та санітарно-протиепідемічного режимів у стоматологічній клініці;
- знайомство студентів з формами організації праці в лікувально-профілактичних стоматологічних закладах;
- засвоєння правил оформлення облікової та звітної медичної документації;
- закріплення знань з етики, естетики, лікарської деонтології;
- формування на основі отриманих знань професійних умінь та навичок для прийняття самостійних рішень на прийомі хворих;
- виховання потреби систематичного поновлення своїх знань та швидкого їх застосування в практичній діяльності;
- практична допомога охороні здоров'я в активній санітарно-просвітницькій роботі.

Виробнича практика з медсестринської справи проводиться після 2 курсу (IV семестру) протягом 2 тижнів у відділеннях лікувально-профілактичних стоматологічних закладів.

Зміст і послідовність виробничої практики визначаються типовими і наскрізними програмами, які розробляються і затверджуються Міністерством охорони здоров'я України та містять чіткий перелік навичок, умінь, знань, які мають засвоїти студенти під час практики, рекомендації щодо видів і

форм перевірки рівня оволодіння навичками, уміннями, знаннями, форми звіту студентів про проходження практики.

На підставі типових і наскрізних програм навчальні заклади розробляють робочі програми з практики, які затверджуються керівником вищого навчального закладу, як і додаткові методичні документи, спрямовані на поліпшення якості проведення практики студентів.

Бази практики повинні відповідати вимогам «Інструкції МОЗ України з виробничої практики», мати робочі місця для кожного студента. У лікувально-профілактичних закладах, які є клінічними базами практики, слід постійно впроваджувати сучасні технології.

Керівництво практикою здійснюють викладачі – доценти, асистенти відповідних кафедр. Загальний керівник від бази та безпосередні керівники виробничої практики (головні та чергові медичні сестри) мають бути спеціалістами вищої і 1-ої категорії зі значним стажем практичної діяльності.

Науково-дослідна робота студента (НДРС).

Науково-дослідна робота під час виробничої практики виконується одним чи групою студентів під керівництвом керівника практики від вищого навчального закладу та за допомогою безпосереднього керівника практики від лікувального закладу.

Науково-дослідна робота студента виконується у вигляді реферату, доповіді на науково-практичних конференціях медичних працівників, повідомлення на зборах медичного персоналу стоматологічних поліклінік, лекції для педагогічних працівників дошкільних і шкільних закладів, стенду, санбюлетеню, газети тощо.

Орієнтовна тематика НДРС:

1. Забезпечення санітарно-протиепідемічного режиму в приміщеннях стоматологічної поліклініки;
2. Профілактика гепатиту, ВІЛ-інфекцій та інших внутрішньолікарняних інфекцій, які передаються парентеральним шляхом, в умовах стоматологічної поліклініки;

3. Організація та забезпечення дезінфікаційно-стерилізаційного режиму в стоматологічній клініці;

4. Надання невідкладної допомоги хворому у стоматологічному кріслі;

5. Рентгенографія зубів та щелеп;

6. Фізіотерапевтичні процедури в стоматології;

7. Основи медичної етики та деонтології.

Підведення підсумків виробничої практики здійснюється за наявності усієї звітної документації, що передбачена програмою, та характеристики виробничої діяльності студента під час практики, підписаної безпосереднім і загальним керівниками практики від лікувально-профілактичного закладу.

Захист практики відбувається в останній день її терміну комісії, до складу якої мають входити керівник практики від навчального закладу і керівники (загальний та безпосередній) від бази практики.

Критерієм якості проходження виробничої практики є засвоєння студентом практичних навичок, умінь і знань, передбачених програмою практики.

Оцінка результатів проходження практики заноситься її керівником від вищого навчального закладу до залікової книжки студента і заліково-екзаменаційної відомості.

Оцінка за виробничу практику враховується нарівні з оцінками за іспити та диференційовані заліки.

Студенти, які не виконали програму виробничої практики без поважних причин, отримали незадовільну оцінку на заліку і не ліквідували академічну заборгованість до початку наступного семестру, відраховуються з вищого навчального закладу.

Питання підготовки, організації, проведення і підведення підсумків виробничої практики систематично заслуховуються на засіданнях циклової і центральної методичних комісій вищого навчального закладу, засіданнях Ради стоматологічного факультету академії, Вченої Ради академії та ректорату.

ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ

Організація та функціонування стоматологічних лікувально-профілактичних закладів (поліклініки, відділення, кабінету) здійснюється у суворій відповідності з санітарними правилами улаштування, обладнання, експлуатації амбулаторно-поліклінічних закладів стоматологічного профілю, охорони труда і особистої гігієни персоналу.

Поліклінічна стоматологічна допомога здійснюється в різних лікувально-профілактичних закладах: самостійних стоматологічних поліклініках (районних, міських, обласних, крайових); стоматологічних відділеннях у складі територіальних (багатопрофільних) міських поліклінік, центральних районних лікарень, медико-санітарних частин підприємств; стоматологічних кабінетах у лікарнях; диспансерах, школах, жіночих консультаціях, школах, вищих і середніх спеціальних учбових закладах, на лікарських оздоровчих пунктах промислових підприємств і у лікарняних амбулаторіях сільської місцевості.

У стоматологічних поліклініках і стоматологічних відділеннях прийом хворих проводиться диференційовано з терапевтичної і хірургічної стоматології. У стоматологічних кабінетах, що входять у склад лікарняних амбулаторій, здравпунктах підприємств, лікарень, учбових закладів стоматологи приймають хворих, які страждають терапевтичними і хірургічними стоматологічними захворюваннями, тобто проводять змішаний прийом.

У складі стоматологічної поліклініки передбачені наступні відділення і кабінети: відділення терапевтичної стоматології з кабінетом по лікуванню захворювань пародонта і слизової оболонки порожнини рота, відділення (кабінет) хірургічної стоматології з операційним блоком, ортопедичне відділення з зубопротезною лабораторією і ливарнею, відділення рухомої стоматологічної допомоги, фізіотерапевтичний, рентгенологічний і анестезіологічний кабінети. При відсутності самостійних дитячої поліклініки

у складі стоматологічних поліклініки для дорослих організується дитяче відділення з ортодонтичним кабінетом і рухомим кабінетом для санації порожнини рота в школах і дошкільних дитячих закладах.

Самостійні дитячі стоматологічні поліклініки доцільно організовувати в містах з загальною кількістю населення більше 200000 чоловік, а також у всіх обласних центрах.

Штатні нормативи медичного персоналу в стоматологічних поліклініках визначені наказом МОЗ України від 23.02.2000р. „Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я”.

Посади стоматологів з терапевтичної і хірургічної стоматології встановлюються із розрахунку: 4 посади сумарно на 10000 чоловік дорослого населення міста (з населенням більше 25000 чоловік), в якому розташована поліклініка; 2,5 посади сумарно на 10000 чоловік дорослого сільського населення; 2,7 посади сумарно на 10000 чоловік дорослого населення інших населених пунктів (кількість населення складає 25000 чоловік).

Посади стоматологів-ортопедів, які утримуються на госпрозрахунку або за рахунок спеціальних коштів, встановлюються із розрахунку: 1 посада на 10000 чоловік дорослого населення міста; 0,7 посади на 10000 чоловік дорослого сільського населення; 0,8 посади на 10000 чоловік дорослого населення інших населених пунктів.

Посади стоматологів з терапевтичної і хірургічної стоматології дитячого віку, а також стоматологів-ортодонтів передбачаються із розрахунку: 0,6 посади сумарно на 1000 дітей, які проживають у місті з населенням більше 25000 чоловік, з них 0,1 посади стоматологів-ортодонтів на 1000 дітей; 0,25 посади сумарно на 1000 дітей сільської місцевості; 0,27 посади сумарно на 1000 дітей інших населених пунктів; 0,5 посади для лікування дітей із захворюваннями тканин пародонта.

Посади завідуючих стоматологічних відділень встановлюють на кожні 12 посад стоматологів і стоматологів-хірургів, але не більше 3 посад на поліклініку. При наявності у штаті відділення від 7 до 12 посад лікарів-

спеціалістів вводиться посада завідуючого відділенням замість 0,5 посади лікаря. У цьому випадку завідуючий відділенням виконує роботу лікаря в об'ємі 50%.

Посади завідуючих ортопедичних відділень встановлюються при наявності у штаті 3,5-6 посад лікарів стоматологів-ортопедів замість 0,5 посади лікаря. Завідуючий цим відділенням виконує роботу в об'ємі 50%.

На 20 лікарських посад стоматологічного профілю передбачається 1 посада лікаря-анестезіолога.

Посади стоматологів для проведення санації порожнини рота хворим стаціонару встановлюються із розрахунку 1 посада на 400 ліжок.

Посади стоматологів стоматологічного стаціонару міських лікарень передбачаються із розрахунку 1 посада на 25 ліжок, обласних лікарень – 1 посада на 20 ліжок.

Посади медичних сестер лікарських кабінетів стоматологічних закладів встановлюються з розрахунку 1 посада на 1 посаду стоматолога-хірурга, лікаря стоматолога дитячого, лікаря-ортодонта або на 2 посади лікарів стоматологів і стоматологів-ортодонтів, або на 3 посади стоматологів-ортопедів.

В той же час в стоматологічних кабінетах, де за штатним розкладом передбачена 1 посада стоматолога, вводиться не менше 1 посади медичної сестри.

Посади зубних техніків зуботехнічної лабораторії, які утримуються на госпрозрахунку або за рахунок спеціальних коштів, встановлюються у залежності від об'єму роботи по зубопротезуванню із розрахунку 2-3 посади на стоматолога-ортопеда. Посада старшого зубного техника зуботехнічної лабораторії передбачається на кожні 10 посад зубних техніків, але не менше 1 посади на 3 зубних техніків замість однієї з них.

Посади молодших медичних сестер встановлюються із розрахунку 1 посада на 1 посаду стоматолога-хірурга або на 3 посади стоматологів інших спеціальностей (терапевтів, ортопедів, ортодонтів).

Заклади стоматологічного профілю, як правило, розміщуються в окремих будинках, і у виключних випадках, якщо в їх структурі немає рентгенологічного і фізіотерапевтичного відділень (кабінетів), вони можуть відкриватися у житлових будинках. Вони повинні відповідати санітарно-гігієнічним нормам і вимогам охорони праці, техніки безпеки і протипожежної безпеки.

У стоматологічному відділенні (поліклініці, кабінеті) обов'язково повинні бути централізоване гаряче і холодне водопостачання і каналізація, поряд із будинком – контейнери для збору сухого сміття і матеріалів після їх дезінфекції, що закриваються. При обов'язковому централізованому забезпеченні електроенергією додатково повинно бути джерело для аварійного електрозабезпечення.

Вестибуль або хол повинні мати достатню площу для розміщення пацієнтів (орієнтовно $0,3 \text{ м}^2$ на людину, але не менше 18 м^2), там же необхідно розміщувати довідкові служби.

Гардероб для відвідувачів обладнають із розрахунку не менше $0,1 \text{ м}^2$, а для співробітників – не менше $0,8 \text{ м}^2$ на 1 місце. У реєстратурі бажано мати не менше 5 м^2 на одного реєстратора, але всього не менше 10 м^2 . У склад реєстратури входить приміщення для оформлення листів непрацездатності площею $10\text{-}12 \text{ м}^2$.

Туалети для персоналу і пацієнтів бажано розділяти. Наявність транспорту і телефонного зв'язку обов'язково, бажано обладнати внутрішньо закладний зв'язок для оперативності роботи співробітників, а для пацієнтів – телефон-автомат.

Для нормального функціонування лікувально-профілактичний заклад потребує повне забезпечення необхідними меблями, твердим і м'яким інвентарем.

Дитяче відділення, кабінети не повинні сполучатися з дорослими, для цього передбачають окремий вхід, вестибуль, гардероб і туалет.

Терапевтичне відділення складається з кабінетів для лікування захворювань зубів, пародонта і слизової оболонки порожнини рота. У деяких стоматологічних поліклініках в склад терапевтичного відділення включають фізіотерапевтичний кабінет.

Приміщення кабінету терапевтичної стоматології при встановленні у ньому одного крісла повинно мати площу 14 м². На кожне додаткове крісло виділяється не менше 7 м². Для виготовлення пломб з амальгами використовують ртуть, тому у кабінеті терапевтичної стоматології для попередження забруднення передбачаються визначені санітарно-гігієнічні заходи. Підлогу вкривають лінолеумом, що піднімається на поверхню стіни на 5 см. Стелю і стіни фарбують силікатними фарбами (можна олійними), при цьому стіни на висоту 2 м.

Робота з амальгамою дозволяється при наявності витяжної шафи. У великих стоматологічних поліклініках виділяють спеціальне помешкання для виготовлення амальгами.

Кабінет терапевтичної стоматології обладнується стоматологічним кріслом, універсальною стоматологічною установкою з наконечниками і набором стоматологічних інструментів (дзеркало, зонди, пінцет, шпатель, екскаватор), інструменти для пломбування і видалення зубних нашарувань, борами для прямого і кутового наконечників, ендодонтичними інструментами, пломбувальними матеріалами, медикаментами.

Хірургічні відділення передбачені лише у великих позакатегорійних стоматологічних поліклініках при наявності у штаті 6 і більше стоматологів-хірургів. У стоматологічних поліклініках I категорії і позакатегорійних хірургічне відділення має 5 приміщень: хірургічний кабінет – операційна №1 (кабінет стоматолога-хірурга), операційна №2, передопераційна, стерилізаційна, приміщення для тимчасового перебування хворих після операції.

Площа хірургічного кабінету, що має одне стоматологічне крісло, складає не менше 23 м². При встановленні кожного послідуєчого крісла виділяється 7 м².

Стіни хірургічного кабінету, стерилізаційної і передопераційної оздоблюють на висоту 1,8 м, а операційної – на всю висоту поліхлорвініловою або глазурованою плиткою. Стіни вище панелей і стелю хірургічного кабінету, операційної, передопераційної і стерилізаційної фарбують олійними фарбами білого кольору. Підлогу вистилають керамічною плиткою або лінолеумом. Приміщення хірургічного відділення повинні мати притоково-витяжну вентиляцію, кватирки, що легко відкриваються.

Хірургічний кабінет обладнають стоматологічними кріслами, безтіньовими лампами, столиками для інструментів, круглими гвинтовими стільцями, плювальницею, бормашиною з наконечниками, борами, фрезами, інструментами для видалення зубів і коренів.

Операційна обладнується операційним столом, стоматологічним кріслом, безтіньовою лампою, апаратом хірургічної діатермії, електровідсосом, круглими гвинтовими стільцями, інструментальним столом, малим рухомих столиком для інструментів, стерилізаційними коробками (біксами) із стерильним перев'язувальним матеріалом і білизною, наркозним апаратом, електричною бормашиною з набором борів, хірургічними і стоматологічними інструментами.

В операційних і хірургічних кабінетах необхідно мати бактерицидні ультрафіолетові випромінювачі (БУВ).

У передопераційній встановлюють умивальники з холодною і гарячою водою, шафи для інструментів, стіл або шафу з антисептичними розчинами, бікси із стерильними серветками і все необхідне для миття рук.

Стерилізаційна повинна розташовуватися поряд з операційною і сполучатися з нею вікном для подачі інструментів, що закривається.

Поряд від операційної виділяють кімнату для тимчасового перебування хворих після операції, яка обладнується медичними кушетками, кріслами, стільцями і столиками.

До складу *ортопедичного відділення* входять ортопедичні кабінети (кабінет), зуботехнічна лабораторія і ливарня.

Потужність ортопедичного відділення, число лікарських кабінетів визначається кількістю закріпленого за ним населення.

Приміщення ортопедичного кабінету при встановленні у ньому одного стоматологічного крісла повинна мати площу 14 м^2 , на кожне додаткове крісло виділяється до 7 м^2 . В ортопедичному кабінеті, що має більше 4 стоматологічних крісел, виділяється стерилізаційна, обладнана витяжною шафою.

У зуботехнічній лабораторії розрізняють основні і спеціальні приміщення. В основному приміщенні знаходяться робочі місця зубних техніків. На одного техника повинно приходиться не більше 13 м^2 і не менше 4 м^2 . Робоче місце кожного зубного техника повинно бути обладнане визначеним чином і включати: зуботехнічний стіл завдовжки не менше 1 м і шириною 0,7 м, електричну шлейф-машину з обов'язковим місцевим відсосом пилу, підводку газу, спеціальне освітлення.

Спеціальні промислові приміщення зуботехнічної лабораторії розділяються на наступні кімнати: гіпсувальну, паяльну, полірувальну, полімеризаційну, ливарну. У залежності від потужності зуботехнічної лабораторії і кількості працюючих зубних техніків ці приміщення можуть бути об'єднані, наприклад, наступним чином: гіпсувально-полімеризаційна.

Площа ливарні повинна бути не менше 11 м^2 . Якщо використовують високоякісну установку, то її розміщують у окрему кімнату не менше 24 м^2 .

Як основні, так і спеціальні промислові приміщення зуботехнічної лабораторії повинні мати притоково-витяжну вентиляцію. Стіни ортопедичних кабінетів і основних приміщень зуботехнічної лабораторії на висоту дверей фарбують алкідно-стерольними або полівінілацетатними

фарбами світлих відтінків, можна нітроемаллю. Вище панелі стіни фарбують силікатними або клейовими фарбами білого кольору. Спеціальні приміщення на висоту дверей оздоблюються глазурованою плиткою. Фарбування стін вище панелі і стелі така як і основних приміщень. Підлога в ортопедичних кабінетах і основних приміщеннях зуботехнічної лабораторії вкривають лінолеумом, в спеціальних промислових приміщеннях – керамічною плиткою.

У ортопедичному кабінеті повинно бути наступне обладнання: універсальна стоматологічна установка або електрична бормашина з наконечниками – прямим і кутовим, стоматологічне крісло, рефлектор електричний, бікси, стерилізатори, столик лікаря, стіл для стерильних інструментів, стіл для гіпсу, стілець гвинтовий, шафа для готових протезів, інструменти. Зуботехнічна лабораторія обладнується у відповідності з нормативами, встановленими Міністерством охорони здоров'я.

САНІТАРНО-ПРОТИЕПІДЕМІЧНИЙ РЕЖИМ В СТОМАТОЛОГІЇ

Санітарно-протиепідемічний режим — це комплекс організаційних, санітарно-профілактичних і протиепідемічних заходів, які запобігають виникненню внутрішньолікарняної інфекції.

Санітарно-протиепідемічний режим включає вимоги до санітарного стану території, внутрішнього обладнання (оснащення) лікарні, освітлення, опалення, вентиляції і санітарного стану приміщень лікарні.

Основними елементами комплексу заходів, що спрямовані на забезпечення санітарно-гігієнічного режиму у лікувальних закладах, є проведення дезінфекції, суворе дотримання вимог асептики, антисептики та стерилізації.

За організацію дезінфекційно-стерилізаційних заходів у лікувально-профілактичному закладі відповідає керівник. Контроль за дотриманням

санітарно-протиепідемічного режиму частіше покладають на замісника з лікувальної роботи, госпітального лікаря-епідеміолога і головну (старшу) медичну сестру.

Щомісяця лікувальні заклади проводять відомчий контроль стерильності медичних виробів (стоматологічний інструментарій, білизна, рукавички, валики, тампони, дренажі, бори, ендодонтичний інструментарій та ін.) і контроль за повітрям в операційних, централізованих стерилізаційних відділеннях, автоклав них, а також з частотою 1 раз у 2 тижні проводиться контроль роботи стерилізаційної апаратури з використанням біотестів, заражених споровою формою *B. stearothermophilus* для парової стерилізації і *B. Licheniformis* при контролі повітряних стерилізаторів.

Медичні сестри у стоматологічному відділенні (поліклініці або кабінеті) працюють у різних спеціалізованих кабінетах, а також допомагають лікарям у їхній роботі. Функції медичних сестер у відділенні різнобічні, вони охоплюють широке коло лікувально-профілактичних заходів. Поряд з веденням медичної документації, підготовкою кабінетів до прийому хворих медичні сестри виконують обов'язки, які залежать від спеціальності лікаря, з яким вони ведуть прийом хворих (див. додаток 1).

Антисептика й асептика

Антисептика представляє собою комплекс заходів, які спрямовані на знищення мікробів у рані, патологічному вогнищі або в організмі в цілому.

Розрізняють фізичні, механічні, хімічні, біологічні методи антисептики.

Мета **фізичних** методів антисептики полягає в створенні в рані несприятливих умов для розвитку бактерій і всмоктування токсинів та продуктів розпаду тканин. Це забезпечується зовнішнім дренажуванням інфікованої рани тампонами та дренажами, висушуванням рани за допомогою теплових і світлових процедур, зокрема опромінення солюксом, кварцовою лампою тощо. Пластмасові й гумові дренажі використовують не лише для забезпечення відтоку ронового вмісту, продуктів розпаду тканин,

мікробів та їх токсинів, але й для промивання гнійних порожнин антисептичними розчинами.

Механічна антисептика включає ряд механічних прийомів, які спрямовані на якнайшвидше видалення з рани некротичних тканин, згустків крові, сторонніх тіл, а разом з ними і мікроорганізмів, що потрапили у рану. З цією метою проводять ретельний туалет рани (гоління волосся, змащування шкіри навколо рани 5% розчином йоду спиртовим, видалення сторонніх тіл) або первинну хірургічну обробку рани.

Хімічна антисептика забезпечує знищення мікробів у рані за допомогою різних антисептичних засобів. Антисептичні засоби мають бути бактерицидними або бактеріостатичними і не завдавати шкоди тканинам організму. Крім того, їхня дія не повинна послаблюватися при стиканні з живими тканинами.

Біологічні методи антисептики спрямовані на підвищення захисних сил організму і створення несприятливих умов для розвитку мікроорганізмів. До біологічних антисептичних засобів належать антибіотики, ферменти, імунні сироватки. Антибіотики призначають лікарі за суворими показаннями. Медична сестра не має права самостійно призначати чи відмінити їх, але вона повинна знати властивості призначеного антибіотика, його дозу, шляхи введення, можливі ускладнення. Обов'язковою умовою для призначення антибіотика є визначення чутливості до нього мікроорганізмів.

Серед біологічних засобів антисептики виділяють ферментні препарати (трипсин, хімотрипсин, кристалічний хімопсин, рибонуклеаза та ін.). Препарати очищують рани і гнійні порожнини від гною та згустків фібрину, вони мають протизапальну дію і посилюють активність антибіотиків.

Для підвищення опірності організму до інфекції широко застосовують також пасивну й активну імунізацію. З цією метою вводять антистафілококову плазму, антистафілококовий гамаглобулін,

антистафілококовий анатоксин, протигангренозну сироватку та ін. Зазначені препарати призначає лікар згідно з відповідними інструкціями.

У зв'язку зі змінами видового складу й властивостей збудників, які визначаються високою вірулентністю і високою стійкістю до антимікробних засобів, нині асептику та антисептику слід розглядати у більш широкому значенні. При цьому необхідно передбачати не тільки засоби і методи запобігання інфікування ран і боротьби з мікробами, які потрапили в рану, але й методи запобігання гнійним ускладненням, що зумовлені лікарським втручанням і впливом епідемічного середовища, в якому перебуває хворий.

Основними джерелами неспецифічної хірургічної інфекції є хворі з післяопераційними гнійними ускладненнями, а також бацилоносії. У залежності від локалізації осередку запалення збудники виділяються з організму через різні органи і тканини (дихальні шляхи, органи травлення, сечовивідні шляхи та ін.). Збудники внутрішньолікарняних інфекцій поширюються повітряно-крапельним і контактним шляхами. Основні фактори передачі інфекції: повітря, руки, білизна, перев'язувальний матеріал, інструментарій, апаратура тощо.

Асептикою називають комплекс заходів, спрямованих на запобігання проникнення мікробів у рану. В основу асептики покладене правило: все, що стикається з раною (руки медичного персоналу, інструменти, перев'язувальний матеріал, білизна, повітря) має бути стерильним.

Особливе значення для додержання асептики має стан рук медичного персоналу. На шкірі рук міститься дуже багато мікробів. Вони є не лише на її поверхні, але й у порах, численних складках, волосяних цибулинах, потових і сальних залозах. Особливо багато мікробів під нігтьовими пластинками. Тому нігті на руках у медичного персоналу мають бути коротко підстрижені. Осіб, що мають тріщини, садна, подряпини, задирки, мозолі, гнійники та інші запальні процеси, не допускають до операцій. Щоб шкіра рук була еластичною та м'якою, її на ніч змащують кремом. Обробку гнійних ран медична сестра повинна проводити у гумових рукавичках. Важливою

передумовою стерильності рук є обов'язок оберігати свою шкіру від всіляких травм і забруднень.

Дезінфекція

Дезінфекція (від франц. des — заперечення і лат. infectio — інфекція) — це знищення в середовищі, що оточує людину, патогенних мікроорганізмів (бактерій, вірусів, рикетсій, найпростіших, грибів), їх переносників (комах, кліщів), а також гризунів.

Дезінфекція передбачає протиепідемічні заходи, спрямовані на переривання епідемічного процесу шляхом дії на механізм передачі збудника. При дезінфекції або знезараженні знищуються, в основному, патогенні мікроорганізми. Цим дезінфекція відрізняється від стерилізації, при якій знищуються всі мікроорганізми і їх спори.

Метою дезінфекції є видалення або знищення збудника інфекційних хвороб в середовищі, що оточує людину (в приміщенні, в повітрі, на предметах обстановки, на посуді, білизні, одязі, виділеннях хворого тощо).

Розділи дезінфекції: 1 – власне дезінфекція – знищення патогенних мікроорганізмів; 2 – дезінсекція – знищення переносників захворювань (комах, кліщів); 3 – дератизація – знищення гризунів; 4 – стерилізація – знищення всіх мікроорганізмів.

Розрізняють два види дезінфекції: *вогнищеву і профілактичну*. Вогнищева дезінфекція, залежно від того, на якому етапі передачі збудника інфекції вона проводиться, поділяється на *поточну та заключну*.

Поточна дезінфекція проводиться у вогнищі інфекції в присутності хворого чи бацилоносія. Мета поточної дезінфекції – негайне знищення збудника інфекції після його виділення з організму хворого чи бацилоносія, щоб запобігти розсіюванню збудника інфекції в навколишньому середовищі. Поточна дезінфекція проводиться медичним персоналом лікувально-профілактичних закладів або особами, які доглядають за хворими.

Поточна дезінфекція є обов'язковим заходом при перебуванні хворого в домашніх умовах, зокрема, при грипі та інших гострих респіраторних хворобах. Вона необхідна і в тих випадках, коли епідеміолог дозволяє залишити інфекційного хворого вдома на час хвороби або коли залишення хворого вдома передбачено відповідними інструкціями (скарлатина, хронічна дезінтерія).

Основні заходи при поточній дезінфекції – ізоляція хворого, багаторазове провітрювання приміщень, волого-механічне прибирання приміщень, знезараження виділень та предметів, що могли бути заражені.

Поточну дезінфекцію в лікарні проводять з метою запобігання виникненню внутрішньолікарняної інфекції.

До заходів, що блокують виникнення внутрішньолікарняної інфекції та забезпечують своєчасну ізоляцію її джерел, відносять постійний бактеріологічний контроль і обстеження можливих джерел та шляхів її поширення. Бактеріологічному контролю підлягають щітки для миття рук, змиви з рук, матеріал з операційного столу, шланги і тубінги для води і повітря тощо. Обстеження персоналу відділень на носіїв золотистого стафілококу проводять 1 раз на квартал. Виявлені бактеріоносії підлягають санації до повного одужання. Працівників, у яких не вдається ліквідувати хронічний запальний процес дихальних шляхів, переводять на іншу роботу.

З метою запобігання внутрішньолікарняної інфекції передбачено також використання ефективних методів стерилізації і створення центральних стерилізаційних відділень, застосування вискоєфективних методів обробки рук медичного персоналу, виконання санітарних заходів із застосуванням ефективних дезінфікуючих засобів.

Заклучна дезінфекція проводиться одноразово у вогнищі інфекції після ізоляції хворого чи бацилоносія. Мета – повне знезаражування об'єктів, які могли бути заражені збудником. Заклучну дезінфекцію проводять в осередках тих інфекцій, збудники яких стійкі в навколишньому середовищі.

До них належать чума, холера, інфекційний гепатит А і вірусні гепатити та інші.

Заключну дезінфекцію виконують дезінфекційні бригади санепідемстанції (СЕС). До складу бригади входить лікар-інфекціоніст і 1-2 дезінфектори. Бригада має бути оснащена гідропультом, відрами на 5 і 10 літрів, щітками для чистки м'яких речей, розпилювачами порошків і рідин, мішками для транспортування речей у дезінфекційну камеру, тарою для дезінфікуючих засобів, чисте незаражене ганчір'я, клейончасті лантухи для чистого і використаного ганчір'я, використаних комплектів спецодягу, розфасовані дезінфікуючі засоби, халати, ковпаки або косинки, респіратори, захисні окуляри, гумові рукавиці, мило.

Заключну дезінфекцію необхідно провести в найкоротші строки, бажано негайно після евакуації інфекційного хворого. Після прибуття в осередок інфекції керівник попереджає всіх про дезінфекцію, визначає місце для зберігання верхнього одягу бригади, одягає спецодяг, обстежує осередок і з'ясовує обставини, що зумовлюють об'єм і зміст дезінфекційних заходів.

Профілактичну дезінфекцію проводять постійно, незалежно від наявності джерела інфекційного захворювання. Джерелом збудника інфекції можуть бути особи з хронічними і затяжними формами хвороб, або ті, хто приховують свою хворобу чи не знають про неї. Мета профілактичної дезінфекції – запобігти виникненню і поширенню інфекційних хвороб та накопиченню збудників цих хвороб або їх переносників у навколишньому середовищі.

Профілактичну дезінфекцію проводять на окремих ділянках об'єктів, обмежених ділянках і на великих територіях. Доцільно постійно її проводити після закінчення прийому, а також у перервах між прийомами хворих. Особливо необхідна профілактична дезінфекція в місцях загального користування, а також у місцях скупчення людей.

За своїм змістом профілактична дезінфекція може носити характер поточної дезінфекції (миття склянок і посуду загального користування після

кожного використання) і заключної дезінфекції (хлорування води, яка може містити збудників інфекційних хвороб).

Великим розділом роботи в плані загальних санітарно-протиепідемічних заходів є проведення робіт по дезінфекції і дератизації приміщень і різних територій.

Методика проведення профілактичної дезінфекції мало відрізняється від осередкової дезінфекції. Однак при проведенні профілактичної дезінфекції ширше використовують фізичні методи знезараження (висока температура), а також пральні порошки, пасти, емульсії, мило, соду, тощо.

Контроль якості дезінфекції проводять візуально (санітарний стан приміщень), хімічним (перевірка активності дезінфікуючих препаратів і розчинів) і бактеріологічним (посів матеріалу на виявлення мікрофлори) методами.

При проведенні дезінфекції користуються двома **основними методами фізичним та хімічним**. Проте цей поділ умовний. Можна виділити ще третій метод дезінфекції – комбінований, при якому фізичні та хімічні методи знезараження застосовують одночасно (наприклад, підготовка рук хірургічного персоналу до операції проводиться в два етапи – механічна очистка шкіри рук з милом, щіткою, теплою водою та дезінфекція рук різними дезінфікуючими засобами). Крім того, в практиці користуються різними дезінфікуючими засобами в певній послідовності.

Вибір методу знезараження залежить від багатьох чинників, в тому числі від матеріалу об'єкта, що підлягає дезінфекції, числа і типа мікроорганізмів, що належать знищенню, а також ризику інфікування хворих і персоналу.

Виділяють наступні категорії ризику виникнення інфекційних уражень при контакті з чинниками оточуючого середовища і рекомендовані рівні знезараження.

Низький ризик – предмети, що торкаються здорової і інтактною шкіри, або неживі предмети оточуючого середовища, що не контактують з пацієнтом (стіни, підлога, стеля, меблі, сантехнічне і каналізаційне

обладнання). Звичайно адекватними методами деконтамінації є *очищення і сушка*.

Середній ризик – обладнання, використання якого не передбачає проникнення через шкіру і в стерильні ділянки тіла людини, але контактує із слизовими оболонками або ушкодженою шкірою, а також інші предмети, забруднені хвороботворними мікроорганізмами, що поширюються. Адекватний метод знезараження – *очищення з подальшою дезінфекцією*.

Високий ризик – предмети, що проникають в стерильні тканини, в тому числі в порожнини тіла і судинні системи. Необхідна *очистка з подальшою стерилізацією*. При неможливості стерилізації іноді достатньо посилити дезінфекцію.

Фізичний метод дезінфекції здійснюється за допомогою фізичних засобів (механічних, термічних, променевих). Порівняно надійним методом дезінфекції є кип'ятіння при температурі 100 °С. Предмет, який підлягає дезінфекції, поміщають у холодну дистильовану воду, нагрівають її і кип'ятять 15-30 хвилин з моменту закипання води. Для видалення бруду доцільно кип'ятити у 2% розчині натрію вуглекислого у дистильованій воді. Цим методом знезаражують вироби із скла, металу, термостійких полімерів.

В основі **хімічного** методу лежить використання різних хімічних речовин, які вбивають мікроорганізми. Для дезінфекції застосовують лише такі хімічні препарати, які мають здатність швидко і пагубно діяти на мікроорганізми. Хімічні речовини можуть мати різну дію на мікроорганізми:

- бактерицидну — здатність вбивати бактерії;
- бактериостатичну — пригнічувати їх життєдіяльність;
- спороцидну — здатність вбивати спори;
- вірулецидну — здатність вбивати віруси;
- фунгіцидну — здатність вбивати гриби.

Різні хімічні препарати мають різну силу для знищення мікробів у залежності від хімічної структури, отже, від вибіркової дії на складові елементи клітин.

Серед хімічних дезінфікуючих речовин виділяють:

- а) дезінфектанти високого рівня — вбивають усі мікроорганізми, за винятком спор, хоча деякі засоби цієї категорії вбивають і ендоспори, якщо є достатньо часу;
- б) дезінфектанти середнього рівня — вбивають *M. Tuberculosis*, але не мікроорганізми, що розташовані вище рівня *M. Tuberculosis*, тобто ендоспори;
- в) дезінфектанти низького рівня — можливо передбачити, що вони можуть вбивати деякі віруси і вегетативні бактерії, але не *M. Tuberculosis*, або деякі неліпідні віруси і гриби.

Дезінфікуючі речовини застосовують переважно у вигляді розчинів і емульсій. Це обумовлене тим, що дрібні крапельки рідини, які містять дезінфікуючі засоби, легко і швидко адсорбуються оболонкою мікробної клітини. Крім цього, дезінфікуючі засоби швидше знаходять доступ у клітину через водну фазу, тому водні розчини і емульсії активно діють на мікробну клітину.

Усі існуючі типи мікроорганізмів Spaulding розташував у порядку зменшення опору дезінфекції (табл.).

Таблиця

Типи мікроорганізмів у порядку зменшення резистентності до дезінфекції і стерилізації (за Spaulding)

Бактеріальні ендоспори	Знищуються найважче. Це спокійні форми, що іноді приймають бактерії при несприятливих обставинах. Вони викликають такі захворювання, як стовбняк, сибірська виразка. Відомо, що ендоспори можуть жити більше 1000 років.
Туберкульозні мікобактерії	Один з вегетативних організмів, що знищується найважче; представляє найбільші труднощі для всіх хімічних засобів.
Малі неліпідні віруси	Прикладом є вірус СНІДу.
Грибки	Викликають захворювання від безболісних станів шкіри до зараження всього організму.
Ліпідні віруси	У тому числі вірус гепатиту В.

середнього розміру	
Вегетативні бактерії	Є причиною виникнення таких захворювань як сифіліс і холера. <i>Streptococcus pyogenes</i> викликає більше хвороб, ніж інші організми — від скарлатини до імпетиго.

Поверхні приладів і обладнання Spaulding класифікував за необхідним рівнем їх обробки (табл.).

Таблиця

**Необхідний рівень обробки поверхонь інструментів і обладнання
(за Spaulding)**

Критичні предмети, які підлягають стерилізації	До них відносяться предмети, поверхні яких звичайно проникають у пошкоджену шкіру, слизову оболонку або торкаються їх: голки, зонди, бори, ендодонтичні інструменти, дзеркала, пінцети, гладилки, штопфери
Напівкритичні предмети, які підлягають дезінфекції високого рівня, якщо вони не стерилізуються	Це предмети, поверхні яких при звичайному ході подій не проникають у слизову оболонку рота
Некритичні предмети	Їх поверхні взагалі не контактують із слизовою оболонкою порожнини рота пацієнта. Це робочі поверхні, крісло, ручки світильників, кнопки управління, підлога, стіни та ін. По відношенню до них застосовується проста дезінфекція. Якщо вони знаходяться у межах зони, куди можуть потрапити краплі від повітряного ротора, шприців для промивки або продувки, або від кашлю пацієнта (так звана зона розбризкування), необхідно використовувати дезінфектанти високого рівня. В інших випадках достатньо дезінфектантів середнього та низького рівнів і навіть миття водою з милом.

Для хімічної дезінфекції застосовують:

- хлорамін 3% (при туберкульозній інфекції 5% розчин хлораміну) - 60 хвилин;
- перекис водню 6% - 60 хвилин;
- пресепт 0,05% - 30 хвилин (10 табл. по 0,5 г);
- лізетол 4% - 15 хвилин (40 мл препарату + 960 мл води), 5% - 5 хвилин

- (50 мл препарату + 950 мл води);
- лізоформін-3000 1% - 60 хвилин; 1,5% - 30 хвилин (15 мл препарату + 985 мл води); 2% - 15 хвилин (20 мл препарату + 980 мл води);
 - віркон 2% - 10 хвилин (20 г препарату + 980 мл води);
 - дезоформ 1% - 60 хвилин (10 мл препарату + 990 мл води), 3% - 30 хвилин (30 мл препарату + 970 мл води), 5% - 10 хвилин (50 мл препарату + 950 мл води);
 - сайдекс
 - дезактін
 - дезефект - 2,3% розчин 60 хвилин; 3,8% розчин 30 хвилин;
 - корзолекс плюс
 - корзолекс екстра
 - бацилол АФ
 - бодедекс форте
 - мікробак екстра
 - септодор форте – 0,4% розчин 60 хвилин, 0,5% розчин 30 хвилин; 0,7% розчин 15 хвилин;
 - септодор - 30 хвилин;
 - гротонат - 30 хвилин;
 - аламінол – 5% розчин 60 хвилин, 8% розчин 60 хвилин;
 - пероксимед – 3% розчин 60 хвилин;
 - глутарал - 15 хвилин;
 - спиртовий розчин хлоргексидину 0,5% - 30 хвилин;
 - спирт 70°.

Дезінфекція хімічними речовинами проводиться шляхом занурення виробів у розчин в спеціальному скляному, емальованому або пластмасовому посуді з кришкою (мал.). Роз'ємні вироби дезінфікують у розібраному



Мал. . Дезінфекційний контейнер з щипцями для захоплення інструмента (Durr Dental).

вигляді, канали і порожнини заповнюють дезінфікуючим розчином. Для виробів і їх частин, які не доторкуються безпосередньо до слизової оболонки порожнини рота пацієнта, може бути використаний метод подвійного протирання (до та після закінчення роботи з кожним пацієнтом) серветкою, змоченою розчином дезінфікуючого засобу.

При роботі з дезрозчинами треба дотримуватись заходів перестороги:

- роботи з приготування робочого концентрованого розчину потрібно виконувати з дотриманням заходів особистої безпеки, що забезпечують захист шкіри та очей (гумові рукавички, захисні окуляри);
- при випадковому потраплянні препарату в очі потрібно промити їх великою кількістю проточної води протягом 10-15 хвилин, закапати в очі розчин альбуциду та звернутися до лікаря;
- при випадковому надходженні препарату у шлунок потрібно промити шлунок водою та звернутися до лікаря;
- при випадковому потраплянні препарату на шкіру, потрібно промити уражену ділянку шкіри проточною водою;
- при ураженні дихальних шляхів потрібно вивести потерпілого на свіже повітря, звільнити від тісного одягу. Рекомендується прийом молока. Забороняється приймати їжу й курити під час виконання робіт з приготування робочого розчину та проведення дезінфекції;

- після закінчення роботи обличчя та руки необхідно вимити водою з МИЛОМ.

Передстерилізаційна очистка

Передстерилізаційна очистка передбачає видалення з поверхні виробів білкових, жирових, механічних забруднень і залишків лікарських препаратів. Очистку проводять *ручним або механізованим способом* з використанням миючих засобів.

В якості миючих розчинів використовують розчини миючого засобу „Біолот”, а також миючі розчини, що містять перекис водню з синтетичними миючими засобами (СМЗ) „Прогрес”, „Марічка”, „Астра”, „Айна”, „Лотос”, або „Лотос-автомат” (два останніх з інгібітором корозії і без нього). Для зниження корозії металевих інструментів доцільно використовувати розчини миючого засобу „Біолот” і миючі розчини, що містять перекис водню з СМЗ „Лотос” або „Лотос-автомат” і інгібітором корозії олеатом натрію.

Миючий розчин допускається використовувати до забруднення (до появи рожевого забарвлення, що свідчить про забруднення розчину кров'ю, яка знижує ефективність очистки).

Миючий розчин перекису водню з СМЗ (в тому числі інгібітором корозії), а також розчини СМЗ „Лотос”, „Астра”, „Прогрес” можна використовувати протягом доби з моменту виготовлення, якщо колір розчину не змінився, незмінений розчин можна підігрівати 6 разів, в процесі підігріву концентрація перекису водню суттєво не змінюється. Розчин СМЗ „Біолот” використовують одноразово.

Передстерилізаційну очистку *ручним способом* проводять у такій послідовності:

1-й етап. Промивають інструменти під протічною водою для видалення залишків дезінфікуючого засобу.

2-й етап. Занурюють у миючий розчин на 15 хвилин, за умови повного занурення виробів. Миючий розчин готує персонал центральної стерилізаційної. Приготування миючого розчину (табл.):

1. 5 г порошку «Біолот» («Лотос», «Астра», «Прогрес») + 995 мл води при температурі 45-50 °С.

2. 33% пергідролю 15 мл + 5,0 г СМЗ + 980 мл води.

3. 30% пергідролю 16 мл + 5,0 г СМЗ + 979 мл води.

4. 27,5% пергідролю 17 мл + 5,0 г СМЗ + 978 мл води.

5. 3% перекису водню 200 мл + 5,0 г СМЗ + 795 мл води.

Температура води 50-55 °С.

3-й етап. Промивають кожний інструмент у миючому розчині йоржиком або ватно-марлевым тампоном 0,5 хвилини. Температура розчину під час миття не підтримується.

4-й етап. Промивають інструменти під струменем протічної води, щоб звільнити їх від миючого засобу. Після застосування порошку «Біолот» промивання триває 3 хвилини, «Прогрес» — 5 хвилин, інші СМЗ — 10 хвилин. Проводять контроль якості передстерилізаційної обробки інструментів.

5-й етап. Промивають інструменти у дистильованій воді для очищення від солей водопровідної води — 0,5 хвилини на кожний інструмент.

6-й етап. Висушують інструменти у сухожаровій шафі при 85 °С до повного зникнення вологи.

Таблиця

Приготування миючого розчину

№ п/п	Найменування компонентів	Вміст компонентів при приготуванні 1дм ³ миючого засобу	Використання
1	2	3	4
1	Миючий засіб „Біолот”, г. Вода питна, см ³	3,0 997,0	При механізованому чищенні (струйний

			метод, йоржування, використання ультразвуку)
2	Миючий засіб „Біолот”, г. Вода питна, см ³	1,5 998,5	При механізованому очищенні ротаційним методом
3	Миючий засіб „Біолот”, г. Вода питна, см ³	5,0 995,0	При ручному чищенні
4	Розчин перекису водню, см ³ при концентрації: 27,5% 30,0% 32,5% 35,0% 37,5% 40,0% Миючий засіб („Прогрес”, „Маричка”, „Айна”, „Асира”, „Лотос”, „Лотос-автомат”), г. Вода питна, см ³	17,0 15,0 14,0 13,0 12,0 11,0 5,0 до 1 дм ³	При механізованому (струйний метод, ершевання, використання ультразвуку) і ручному чищенні
5	Розчин перекису водню, см ³ при концентрації: 27,5% 30,0% 32,5% 35,0% 37,5% 40,0% Миючий засіб („Прогрес”, „Маричка”, „Айна”, „Асира”, „Лотос”, „Лотос-автомат”), г. Інгібітор корозії (олеат натрію), г. Вода питна, см ³	17,0 15,0 14,0 13,0 12,0 11,0 5,0 1,4 до 1 дм ³	При механізованому (струйний метод, ершевання, використання ультразвуку) і ручному чищенні
6	Миючий засіб („Прогрес”, „Маричка”, „Айна”, „Асира”, „Лотос”, „Лотос-автомат”), г. Вода питна, см ³	5,0 995,5	При механізованому чищенні з використанням ультразвуку

Механізовану передстерилізаційну очистку здійснюють за допомогою спеціального обладнання струйним, ротаційним методом, ершеванням або з використанням ультразвуку.

Методика проведення механізованої очистки повинна відповідати інструкції з експлуатації, що додається до обладнання. При механізованому очищенні використовують миючі розчини, що вказані у таблиці .

Розбірні вироби піддають передстерилізаційному очищенню в розібраному вигляді.

Ершевання гумових виробів забороняється.

Сушку виробів з природного латексу проводять відповідно інструкції з експлуатації виробів.

Наприкінці робочої зміни обладнання для передстерилізаційної очистки миють з використанням миючих засобів.

Інструменти в процесі експлуатації, передстерилізаційної очистки можуть піддаватись корозії. Інструменти з видимими плямами корозії, а також з наявністю окисної плівки, піддаються хімічному очищенню не більше 1-2 разів у квартал (табл.).

Таблиця

Хімічна очистка інструментів з нержавіючої сталі

Етапи хімічної очистки	Режим очистки				Обладнання
	Попередня температура розчину (°C)		Час витримки (хв.)		
	номінальне значення	найбільше відхилення	номінальне значення	найбільше відхилення	
Попереднє ополіскування водою	-	-	0,5	±0,1	Ванна, раковина
Замочування в розчині: оцтова кислота – 5 г. (перерахунок на 100%), хлорид натрію – 1 г., вода дистильована до	20,0	±1,0	2,0* 3,0** 6,0***	±1,0 ±1,0 ±2,0	Ємкість емальована. скляна, поліетиленова з кришкою

100см ³					
Промивання поточною водою	-	-	0,5	±1,0	Ванна, раковина
Сушка	-	-	-	-	Простирадло, плівка, рушник

Примітка:

1. * - для скальпелів з нержавіючої сталі;
2. ** - для інструментів з наявністю окисної плівки;
3. *** - для інструментів з сильним корозійним ушкодженням, місця ушкодження рекомендується додатково чистити йоржом або ватно-марлевым тампоном.

Механізовану очистку з використанням ультразвуку проводять в установці «Серьга», в ультразвуковій ванні «Ультразет», «Россоник», в ультразвуковій мийці (мал.).



Мал. . Ультразвукова мийка Energy (Euronda, Italy).

Інструменти, призначені для ультразвукової очистки, після дезінфекції промивають під поточною водою протягом 3-5 хвилин, поміщають у пристосування для завантаження і заливають миючим розчином до вказаного рівня. Ультразвукова обробка інструментарію у миючому розчині проводиться протягом 15 хвилин.

Ультразвукова очистка — швидкий, безпечний і ефективний спосіб обробки. Звукові хвилі, що рухаються через миючий розчин, утворюють ефект кавітації — швидке утворення і розрив мікроскопічних бульбашок. Температура сприяє процесу. Ця обробка видаляє глибоке забруднення, включаючи те, що розташоване у місцях, до яких неможливо добратися, щоб промити або очистити.

Оптимальним й економічним є *об'єднання в одному етапі дезінфекції і передстерилізаційної очистки*. Для цього існує досить великий вибір дезінфікуючих засобів (табл.), миючого і дезінфікуючого обладнання - машини для миття і термічної дезінфекції, миючі машини (мал.).

Таблиця

**Засоби і режими дезінфекції і передстерилізаційної очистки,
що поєднані в одному етапі - передстерилізаційна очистка**

№ п/п	Дезінфікуючий засіб	Концентрація	Експозиція	Температура	Застосування
1	2	3	4	5	6
1	Лізетол АФ	4,0 5,0	30 хв. 15 хв.		Ручна очистка виробів медичного призначення із скла, металу, гуми
2	Гротонат	готовий розчин	30 хв.		Ручна очистка обертових прецизійних інструментів (бори, фрези і т.п.), окрім інструменту чутливого до спирту, лугів
3	Віркон	2,0	10 хв.		Ручна очистка виробів медичного призначення із скла, металу, гуми
4	Септодор-форте	0,4 0,5 0,7	60 хв. 30хв. 15 хв.		Ручна очистка виробів медичного призначення із скла, металу, гуми
5	Септодор		30 хв.	не менше 18°C	Передстерилізаційна обробка без етапу дезінфекції виробів медичного призначення
6	Лізоформін 3000 + Бланізол	1,5 Лізоформін	30 хв.	не менше 18°C	Ручна очистка виробів медичного призначення із скла, металу, гуми

		3000 + 0,5 Бла- нізолу			
7	Лізоформін	1,0 1,5 2,0	60 хв. 30 хв. 15 хв.	не менше 18°C	Ручна очистка виробів медичного призначення із скла, металу, гуми
8	Дезефект	2,3 3,8 2,3 Дезефе кту + 3% кальци- нованої соди	60 хв. 30 хв. 60 хв.	почат- кова 50°C не менше 18°C	Ручна очистка виробів медичного призначення із скла, металу, гуми
9	Дюльбак ДТБЛ	3,0 5,0 2,0	60 хв. 90 хв. 60 хв.	не менше 18°C	Ручна очистка виробів медичного призначення: - що мають канали, замки - що не мають каналів, порожнини
10	Аламінол	5,0 8,0	60 хв. 60 хв.		вироби медичного призначення з металу і скла вироби медичного призначення з гуми
11	Пероксимед	3,0	60 хв.		вироби медичного призначення



Мал. . Машина для миття (Smeg).

Контроль якості передстерилізаційної обробки інструментів.

Контроль якості проведення передстерилізаційної обробки інструментів проводять методом постановки проб. На наявність слідів прихованої крові, які можуть залишитись унаслідок недостатнього очищення, раніше проводили бензидинову, амідопіринову або ортотолуїдинову проби. З уведенням азопірамової проби всі інші відмінюються. Проба з азопірамом у 10 разів перевищує чутливість амідопіринової і не поступається за чутливістю бензидиновій пробі. Виявлення залишків лужних компонентів миючого засобу проводять за допомогою фенолфталеїнової проби, наявність олії визначають за допомогою проби із Суданом III. Контролю на наявність олії підлягають штрикалки, що застосовуються для олійних ін'єкцій.

Азопірамова проба.

Приготування початкового та робочого розчинів азопіраму.

1. Замоте в аптеці початковий розчин азопіраму (амідопірину 10 г., солянокислого аніліну 0,15 г., 95⁰ спирту етилового 100 г.).

2. Зберігайте ці розчини в закритому флаконі за температури +4⁰C (у холодильнику) протягом двох місяців, у темному місці при кімнатній температурі – протягом одного місяця.

3. Помірно 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 хвилину з'явиться фіолетове забарвлення, яке змінюється на бузкове, реактив придатний для використання. Якщо забарвлення протягом однієї хвилини не проявиться, реактив для використання не придатний.

Методика постановки азопірамової проби.

Робочим розчином азопіраму обробіть обстежуваний предмет – протріть тампоном, змоченим у реактиві, або за допомогою піпетки нанесіть кілька крапель реактиву. Так, у штрикалку за допомогою піпетки нанесіть кілька крапель реактиву і через 30 секунд 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.

Індикація забруднення.

1. Азопірам виявляє наявність гемоглобіну, пероксидаз рослинного походження (рослинних залишків, миючих засобів із підбілювачем, іржі та кислот).

2. За наявності слідів крові негайно але не пізніше ніж через 1 хвилину після контакту 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 хвилину 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 (на вище 25⁰C). Гарячі предмети перевірки 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 25⁰C робочий розчин використовується протягом 30-40 хвилин.

9. Після перевірки, незалежно від результатів, видаляють залишки азопіраму з обстежених предметів, омивають 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.

Амідопіринова проба.

Приготування амідопіринового реактиву: до 2 мл 5% спиртового розчину амідопірину додають 2 мл 30% оцтової кислоти і 2 мл 3% перекису водню. Реактив готують перед використанням.

5% спиртовий розчин амідопірину готують на 95% етиловому спирті. Даний розчин може зберігатися у флаконі з притертою пробкою у холодильнику протягом 1 місяця.

30% розчин оцтової кислоти і 3 % розчин перекису водню готують на дистильованій воді.

Реактив піпеткою наносять на інструменти і чекають до 2 хвилин. При наявності залишків крові з'являється синьо-зелене забарвлення. Зміна забарвлення після 2 хвилин не враховується.

При позитивній реакції на приховану кров необхідно повторити другий, третій, четвертий етапи передстерилізаційної очистки.

Фенолфталеїнова проба.

Для постановки проби застосовують 1% спиртовий розчин фенолфталеїну, який складається з 60 г спирту, 40 г дистильованої води, 1 г фенолфталеїну. Спиртовий розчин фенолфталеїну може зберігатися у флаконі з притертою пробкою у холодильнику протягом 1 місяця.

Розчин наносять піпеткою на вату і протирають оброблені інструменти. При наявності залишків синтетичного миючого засобу протягом 30 секунд з'являється рожеве забарвлення. При цьому необхідно повторити четвертий етап очистки, тобто всю партію виробів піддають ополіскуванню в проточній воді, а потім у дистильованій воді.

Отримані результати заносять до «Журналу обліку якості передстерилізаційної обробки» (табл.).

Таблиця

Форма журналу обліку якості передстерилізаційної обробки

№ п/п	Дата	Час	Найменування інструментів та їх кількість	Фенол-фталеїнова проба	Азопірамова проба	Підпис
1	2	3	4	5	6	7

Проба з суданом III.

Пробу з суданом III застосовують для визначення жирових забруднень у штрикалках та інших виробках, пов'язаних з цим забрудненням.

В 70 мл нагрітого до 60⁰С (на водяній бані) 95% етилового спирту розчиняють по 0,2 г. подрібнених фарб судана III і метиленового синього. Потім додають 10 мл 20-25% розчину аміаку і 20 мл дистильованої води. Даний розчин може зберігатися в щільно закритому флаконі (в холодильнику) 6 місяців.

При перевірці якості очищення штрикалки від жирових забруднень всередину її вносять 3-5 мл реактиву і змочують усю внутрішню поверхню. Через 10 секунд фарбу змивають великим струменем води. Жовті плями і підтікання вказують на наявність жирових забруднень.

Результати відображають у формі № 257/у в додатковій графі.

Щоденно контролю підлягає 1% від одночасно оброблених за одну зміну виробів одного найменування, але не менше 3-5 одиниць з кожної партії. При позитивній пробі на кров, миючий засіб або жир всю групу виробів, що контролюється і від якої відбирався контроль, піддають повторній обробці до отримання негативного результату.

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

Стерилізація

Стерилізація (від лат. sterilis - безплідний) — це знищення всіх мікроорганізмів та їх спор за допомогою фізичних та хімічних чинників. Вона проводиться для попередження розповсюдження низки інфекційних захворювань, збудники яких передаються через кров і біологічні рідини.

Стерилізації підлягають усі вироби, що торкаються рани, крові або ін'єкційних препаратів, медичні інструменти, що торкаються слизової оболонки порожнини рота і можуть викликати її ураження, білизна. Стерилізації підлягають набори інструментів у лотках, дзеркала, бори, карборундові каміння, сепараційні диски, стекла для замішування та інші інструменти.

Існують наступні методи стерилізації:

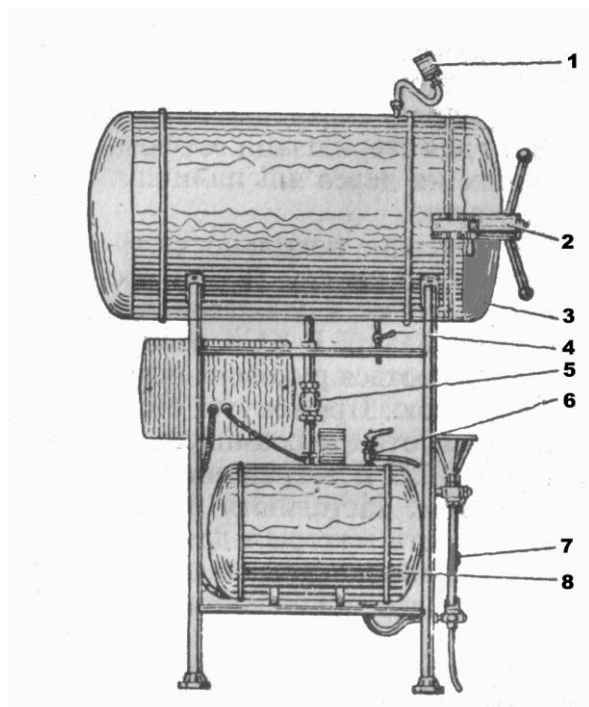
- паровий;
- повітряний;
- іонізуючим випромінюванням;
- хімічний із застосуванням хімічних розчинів (холодний) та газів.

Паровий метод стерилізації. Стерилізація паровим методом здійснюється у парових стерилізаторах (автоклавах), де діє насичена водяна пара під тиском.

Якщо спробувати закип'ятити воду високо в горах, вона закипить при температурі нижче 100°C , тому що там дуже низький атмосферний тиск. На рівні моря вода кипить при 100°C , і пара, в яку вона переходить, має однакову температуру з водою. Як би довго не кип'ятили воду, її температура не буде більше 100°C . Але, якщо помістити воду у герметичний металевий контейнер і нагрівати її, всередині контейнера підвищиться тиск, а з ним і температура пари. Цей принцип покладений в основу роботи автоклава.

Парові стерилізатори бувають різних конструкцій, розмірів та об'ємів (мал.). За формою стерилізатори бувають круглі та прямокутні. У всіх типах парових стерилізаторів принцип будови однаковий. Вони складаються з трьох сталевих циліндрів, розміщених один в одному. Внутрішній циліндр є стерилізаційною камерою, в яку закладають матеріал для стерилізації. Середній циліндр називають водопаровою камерою, в неї заливають воду, яка при нагріванні перетворюється в пару. Водопарова і стерилізаційна камери з'єднані між собою. Зовнішній циліндр — термоізоляційний. Це

захисний кожух, який зменшує теплові втрати. Автоклав обладнаний манометром, запобіжним клапаном, лійкою для заливання води у водопарову камеру.



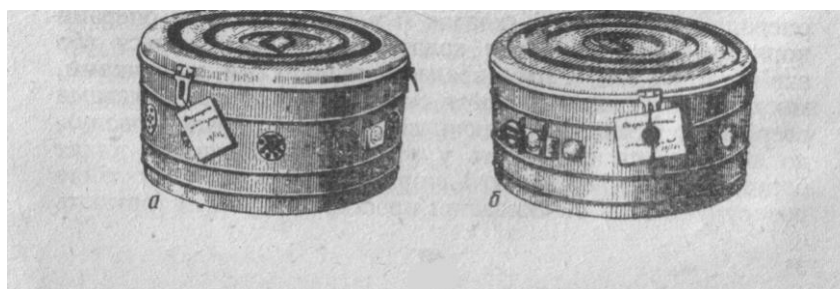
Мал. . Стерилізатор паровий горизонтальний старого зразка: 1 – манометр; 2 – гвинтовий затискач покритки стерилізатора; 3 – покритка стерилізатора; 4 – краник для випускання пари; 5 – вентиль для регуляції подачі пари; 6 – запобіжний клапан; 7 – водомірне скло; 8 – пароутворюючий бачок.



Мал. . Сучасний автоматичний автоклав (Mocom, Italy).

Паровим методом можна стерилізувати білизну (халати, простирала, рушники), перев'язувальний матеріал, вироби з гуми, скла, корозійностійких металів.

Стерилізацію проводять в стерилізаційних коробках без фільтрів або в стерилізаційних коробках з фільтром (мал.), або в подвійній м'якій упаковці з бязі, пергаменті, паперу мішечного непросякнутого, паперу мішечного вологостійкого, паперу для упаковки продуктів на автоматах марки Є, паперу пакувального високостійкого, паперу двошарового крепованого).



Мал. . Кругла стерилізаційна коробка (бікс): а - отвори для пари під час стерилізації відкриті; б – отвори після стерилізації закриті.

При стерилізації в автоклаві дотримуються правил укладки біксів. Долонь руки повинна вільно проходити серед матеріалу в біксі. Матеріал в біксі укладається перпендикулярно до отворів для ходу пара Щільність завантаження стерилізаційних коробок хірургічною білизною і перев'язувальним матеріалом одного найменування представлена у таблиці .

Таблиця

Щільність завантаження стерилізаційних коробок

Об'єкт, що стерилізується	Од. виміру	Тип коробки						
		КСК-3 КФ-3	КСК-6 КФ-6	КСК-9 КФ-9	КСК-12 КФ-12	КСК-18 КФ-18	КСПФ-12	КПРФ-16
Бинт	г	150	300	450	600	900	600	800
Вата	г	65	130	195	260	390	260	350
Рушник	шт	1	3	5	7	10	7	9
Халат	шт	-	1	2	3	5	3	4
Простирало	шт	-	1	2	3	5	3	4
Бахіли	шт	10	20	30	40	60	40	51

При використанні стерилізаційних коробок без фільтрів (круглий бікс КСК) перед укладкою в них виробів коробку вистилають одним шаром

бавовняної тканини. При використанні коробок з фільтрами цього можна не робити.

Для проведення стерилізації приготований бікс з відкритими отворами вміщують у внутрішню камеру автоклава. Кришку герметично закривають. Через лійку в автоклав наливають воду, рівень якої визначають по водомірному склу. Запобіжний кран встановлюють на показник тиску, при якому передбачають проводити стерилізацію - 1,5-2 атм. Потім кран, який відводить повітря і пару, закривають. Тиск в автоклаві доводять до 1атм., відкривають кран і випускають залишки повітря разом із паром. Після того кран повторно закривають і доводять тиск до 1,5-2 атм. Момент підняття тиску до заданого режиму вважають початком стерилізації.

Режими стерилізації в автоклаві (табл.).

Перший режим: при 2 атм. ($\pm 0,2$) 20 хвилин і температурі 132 ± 2 °С рекомендується для виробів із скла, корозійностійких металів, текстильних матеріалів, гуми. Другий режим: при 1,5 атм. ($\pm 0,2$) 45 хвилин і температурі 120 ± 2 °С застосовується для виробів з гуми, латексу, окремих полімерних матеріалів (поліетилен високої щільності, ПВХ - пластикати).

Таблиця

Режими стерилізації паровим методом

№ п/п	Тиск пари в стерилізаційній камері (кг/см ²)		Робоча температура в стерилізаційній камері (°С)		Час стерилізаційної видержки (хв.)		
	номінальне значення	найбільше відхилення	номінальне значення	найбільше відхилення	при ручному і пошу автоматичному управлінні не менше	при автоматичному управлінні	
						номінальне значення	найбільше відхилення
1	0,20 (2,0)	+0,02 (+0,2)	132	± 2	20	20	+2
2	0,11	+0,02	120	+2	45	45	+3

	(1,1)	(+0,2)					
--	-------	--------	--	--	--	--	--

Після закінчення стерилізації пару із автоклава випускають через випускний кран (на нього надягають гумову трубку і занурюють її у відро з холодною водою або виводять за межі приміщення). Коли стрілка манометра наблизиться до нуля, відгвинчують гвинти і відкривають кришку автоклава. Стерилізаційні коробки виймають і вкладають на стіл, накритий стерильним простиралом. Після цього негайно закривають бокові отвори в коробках і накривають їх іншим простиралом до повного охолодження. Після закінчення стерилізації через випускний кран видаляють воду із автоклава.

Термін зберігання простерилізованого матеріалу у стерилізаційних коробках (біксах) з фільтром — не більше 20 діб, у стерилізаційних коробках без фільтрів та в інших упаковках (подвійна упаковка з б'язі, папір мішечний вологоміцний – крафт-папір, папір мішечний непросякнутий, рослинний пергамент) — не менше 3 діб.

Кожна упаковка повинна мати бирку із зазначенням назви матеріалу, що стерилізується, дати і часу стерилізації, підпис працівника, який проводив стерилізацію.

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

Тільки індивідуально упакований інструмент в прочну і непроникну для бактерій оболонку може претендувати на звання стерильний. Самий надійний метод стерилізації на сьогодні – це стерилізація паром під тиском при відповідній температурі. При цьому кожний інструмент повинен бути в упаковці, яка проникна для пару і/або газу, але надійно захищає від проникнення мікроорганізмів.

Упаковка повинна бути надійною, стійкою до дії високої температури і тиску, не повинна руйнуватися при контакті з паром і/або газом, повинна бути простою і зручною у використанні, мати надійну і просту індикацію якості стерилізації.

Пакети стерилізаційні (Defend, USA) самоклеющіся, призначені для стерилізації інструментарію паром або хімічними газами з подальшим зберіганням. Пакети легко і надійно герметизуються руками і виключають потребу в апаратах для термосклеювання.

Стерилізаційні рулони Eurosteril (мал.) зроблені з одного шару паперу і одного шару поліпропілену, використовують разом з приладом, що запечатує Euroseal 2001 (Euronda, Italy), пакувальною машиною (Mocom, Italy).



Мал. . Стерилізаційні рулони Eurosteril.

Використовують для пакування при стерилізації інструментів, перев'язувального матеріалу та інших предметів, а також для зберігання стерильних інструментів. Рулони мають індикатори, що показують досягнення стерильних умов. Прозорий пластик дозволяє ідентифікувати інструмент, що стерилізується, або виявити отвір, випадково зроблений гострим предметом. Можуть бути використані при стерилізації паром і газом.

Дуже зручно для стерилізації використовувати прозорі люмінат-пакети. Окремі предмети можна обробляти в пакеті і потім довго зберігати в асептичних умовах. Перед запаюванням потрібно максимально видалити з пакета повітря, щоб зменшити утворення повітряних кишень. Вміст пакета можна бачити, тому немає необхідності порушувати його герметичність. На



Мал. . Пакувальна машина (Mocom, Italy).

пакеті з непрозорої сторони є кольоровий індикатор, який підтверджує, що інструмент пройшов стерилізацію. Фірма «Мосом» (Італія) виробляє пакувальну машину. Інструменти, упаковані у люмініат-пакети і простерилізовані, можна зберігати протягом двох років.



Мал. . Апарат для герметизації імпульсно-тепловий. Стерилізаційна плівка у вигляді безшовної трубки (Defend Healthcare Corporation, USA).

Режим стерилізації встановлюється у залежності від характеру матеріалу, інструментарію і стерилізаційного обладнання.

Якість стерилізації в автоклаві контролюють за допомогою візуального, фізичного, хімічного, бактеріального методів.

Візуальний метод здійснюють шляхом контролю часу, тиску, порядку роботи стерилізатора із записом даних кожного циклу в «Журналі роботи автоклава» (табл.).

Таблиця

Форма журналу роботи повітряного і парового стерилізаторів

№ п/п	Дата	Марка і № стерилізатора повітряного і парового	Вироби для стерилізації		Упаковка
			найменування	кількість	
1	2	3	4	5	6

Продовження таблиці

Час стерилізації		Режим		Тест-контроль			Підпис
початок	кінець	тиск	температура	біологічний	термічний	хімічний	
7	8	9	10	11	12	13	14

Фізичний метод ґрунтується на ефекті плавлення при певній температурі кристалічних речовин. Перед проведенням стерилізації в бікси закладають пробірку з порошкоподібною сіркою, бензойною кислотою, антипірином чи амідопірином, температура плавлення яких перевищує 110⁰С. Пробірку закривають ватою і кладуть у бікс між шарами матеріалу. Якщо в автоклаві температура підвищується до 120⁰С, порошок у пробірці плавиться і перетворюється у гомогенну масу. Індикатор плавлення на 130⁰С — сечовина. Також використовують ТП-120, ТП-130 фірми МКБ (м. Омськ).

При хімічному методі кладуть з виробами, що підлягають стерилізації, спеціально оброблену смужку фільтрувального паперу. Простим олівцем на ньому пишуть слово «стерильне», потім смужку паперу просочують розчином крохмалю і опускають у йодовмісний розчин (розчин Люголю). Після такої обробки смужка паперу стає інтенсивно синьою і слово зникає. При температурі 115⁰С йод випаровується, папір знебарвлюється, внаслідок чого проявляється зазначений напис.

З метою оперативного контролю у стерилізатор, стерилізаційні коробки, а також поза них закладають тимчасові хімічні індикатори 1С-120, 1С-130 фірми «Винар», стрічку індикаторну Комплай ТМ 1222 фірми «3М» (США) та ін.

Термочасові індикатори або TST — смужки (time, steam, temperature— час, пара і температура), які під дією вологого тепла за час стерилізації змінюють колір. Низька вартість смужок дозволяє їх використовувати щоденно.

Індикаторна стрічка (3M Autoclave Steam Indicator Tape, фірма 3M, USA) може мати смужки, які змінюють колір при автоклавованні, що дозволяє отримати інформацію про досягнення заданого режиму і робити відповідний висновок про якість стерилізації. Стрічка надійно прикріплюється, але легко знімається.

Найбільш надійним є *бактеріологічний метод* контролю стерилізації. З цією метою невеликі шматочки матеріалу, який підлягає стерилізації, вкладають у 2-3 пробірки, закривають їх ватою і закладають у бікс. Після стерилізації пробірки відправляють для дослідження в бактеріологічну лабораторію. Якщо через 2-3 дні не спостерігається росту бактерій, матеріал вважають стерильним. Недоліком цього методу є значна тривалість дослідження. Контроль роботи парового стерилізатора з використанням біотестів проводять один раз на два тижні.

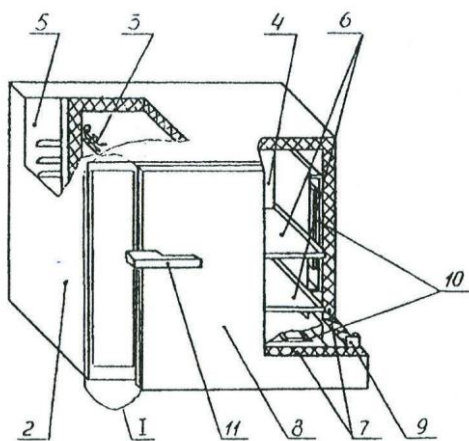
Кожний цикл роботи стерилізатора реєструється у журналі стерилізації, де відмічається найменування всіх виробів, параметри і результати контролю (табл.).

Повітряний метод стерилізації. Повітряну стерилізацію проводять у спеціальних повітряних камерах (сухожарових шафах), мікроорганізми в них знищуються за допомогою високої температури. Температура предметів, які підлягають стерилізації в шафі, повинна досягати 160-250⁰С. Стерилізація сухим жаром здійснюється довше і при більш високих температурах, ніж в автоклаві. Це пов'язано з тим, що за бактерицидною дією сухе гаряче повітря

поступається перед вологим. Цей метод використовують для стерилізації предметів, які не можна піддавати дії вологи внаслідок небезпеки виникнення корозії та з інших причин. Сухожаровій стерилізації підлягають термостійкі, негорючі матеріали зі скла, металу чи фарфору. Не підлягають сухожаровій стерилізації перев'язувальний матеріал, гумові вироби, матеріали з пластика, вода і водовмісні рідини.

У медичних закладах використовують повітряні стерилізатори різних конструкцій. Проте усі вони прості в експлуатації та обслуговуванні, встановлювати їх можна у приміщеннях без стаціонарного вентиляційного обладнання.

Повітряний стерилізатор складається з термоізоляційного корпусу, підставки, кришки, стерилізаційної камери з сітками для розміщення виробів, що підлягають стерилізації. Живлення від електромережі. На передній стінці підставки вмонтоване реле часу, сигнальна лампа для контролю початку стерилізації, тумблер для установки вибраного режиму роботи (автоматичний чи напівавтоматичний). На корпусі встановлений термометр для контролю температури у стерилізаційній камері.



Мал. . Загальний вигляд повітряного стерилізатора: 1-лицева панель з платою стерилізатора; 2-кожух; 3-датчик температури; 4-стерилізаційна камера; 5-кришка; 6-противень; 7- термоізолятор; 8- двері; 9-ущільнення; 10-нагрівачі; 11-ручка.

Предмети, що підлягають стерилізації, мають бути сухими. Стерилізацію проводять в упакованому вигляді (в крафт-пакетах) або без упаковки у відкритій посудині (на емальованому підносі або в лотку).



Мал. . Повітряний стерилізатор Tau Steril 2000 automatic.

Процес стерилізації складається з завантаження стерилізатора, нагрівання до певної температури, власне стерилізації, охолодження і розвантаження простерилізованих предметів.

Завантаження повітряних стерилізаторів у великому ступені впливає на основні технічні характеристики. При підвищенні ступеню завантаження збільшується час нагрівання, витрата електроенергії, відхилення температури всередині стерилізаційної камери, що може призвести до неякісної стерилізації.

При завантаженні стерилізаторів щільність завантаження об'єктів, що стерилізуються, повинна бути не більше 70% поверхні деків в один шар, об'єкти, що стерилізуються, необхідно укладати горизонтально, розподіляючи рівномірно.

При заповненні стерилізатора предмети, що підлягають стерилізації, не слід укладати щільно, оскільки важливо забезпечити достатню циркуляцію повітря. Після включення апарату в мережу не дозволяється додавати нових

предметів і матеріалів для стерилізації, оскільки це приводить до зниження температури та втрати стерилізаційного ефекту. Більше того, потрапляння кисню під час стерилізації в сухо жарову шафу може призвести до займання. У разі виявлення тління матеріалу необхідно терміново вимкнути електроенергію.

Режими стерилізації у сухожаровій шафі: при температурі 180⁰С час стерилізації 60 хвилин, при температурі 160⁰С — 150 хвилин (2,5 години). Повний цикл обробки більш тривалий, адже потрібен час для нагрівання шафи та її охолодження.

Предмети, простерилізовані повітряним методом, в упаковці зберігають 3 доби; предмети, простерилізовані у відкритому посуді без упаковки, використовують відразу після стерилізації.

Контроль якості стерилізації у сухожаровій шафі проводять фізичним, хімічним, біологічним та термічним (за допомогою термометра) методами.

Для проведення фізичного контролю застосовують індикатори плавлення на 180⁰С — сахароза, тіосечовина, бурштинова чи аскорбінова кислота, барбітал, на 160⁰С — альбуцид, аспірин. При підвищенні температури у сухожаровій шафі до відповідного рівня у пробірці порошкоподібна речовина перетворюється у розплавлену гомогенну масу.

Хімічний контроль стерилізації здійснюють за допомогою термочасових паперових індикаторів ІС-180, ІС-160 фірми «Вінар», індикаторної стрічки Інделір ТМ 1222 фірми «ЗМ» (США).

В якості біотестів використовують пробірки, інфіковані сінною або картопляною паличкою. Бактеріологічний контроль проводять один раз на 2 тижні.

Результати контролю якості стерилізації у сухожаровій шафі заносять у «Журнал роботи сухожарової шафи» (табл.).

Для невеликих металевих предметів можна використовувати інший варіант обробки сухим жаром — у «Гласперленовому стерилізаторі».

Гласперленовий стерилізатор – прилад, що дозволяє стерилізувати стоматологічний інструмент (мал.).

Стерилізатор складається з ізолюваного контейнера, заповненого невеликими кварцовими кульками і обладнаний нагрівальним елементом (до 218 °С). Кульки зберігають тепло, рівномірно розподіляють його і слугують опорою для дрібних інструментів.



Мал. . Гласперленові стерилізатори Tau Quartz 150 і 500.

Дрібний стоматологічний інструментарій: бори, ендодонтичний інструмент, дзеркала без ручок після передстерилізаційної обробки під час роботи з пацієнтом можуть бути простерилізовані у «Гласперленовому стерилізаторі»; бори — 20 секунд, дзеркала — 1 хвилину, зонди, штапелі — 1,5 хвилин.

Стерилізація іонізуючим випромінюванням. Променеву стерилізацію проводять іонізуючими променями великої енергетичної сили, які можуть проникати на різну глибину в матеріал, що підлягає стерилізації. Переважно застосовують бета- і гамма-опромінення.

Стерилізацію іонізуючим випромінюванням широко застосовують на промислових підприємствах, де виготовляють інструменти одноразового

користування. Предмети упаковують у герметичні поліетиленові пакети. Термін зберігання (до кількох років) зазначають на упаковці.

Хімічна стерилізація. Під хімічною стерилізацією розуміють стерилізацію за допомогою розчинів хімічних речовин і газів. У літературі також зустрічається термін «холодна» стерилізація, тому що вона здійснюється при температурі, яка не перевищує температури коагуляції білка (45-60 °С).

Хімічний метод застосовують для стерилізації виробів з полімерних матеріалів, гуми, спеціального скла, корозійнонестійких металів. Оскільки хімічні сполуки знищують в основному поверхневу мікрофлору, важливе значення має попередня очистка поверхні предметів.

Використовують різні сполуки йоду, хлору, окисники, альдегіди тощо (табл.).

Таблиця

Засоби і режими стерилізації хімічним методом

№ п/п	Хімічні сполуки	Температура (°С)	Експозиція
1	6% р-н перекису водню	18-20	6 годин
2	6% р-н перекису водню	50	3 години
3	1% р-н Дезоксон-1,	18	45 хвилин
4	2,5% р-н глутарового альдегіду	20	6 годин
5	8% р-н Лізоформіну-3000	50	1 година
6	10% р-н Гігасепту ФФ	-	10 годин
7	20% р-н Біанолу	21±1	10 годин

Надоцтову кислоту застосовують у вигляді 1% розчину («Дезоксон-1»). При температурі 18⁰С тривалість обробки 45 хвилин. Розчин можна зберігати протягом доби, але вдруге використовувати не можна. При роботі з кислотою необхідно користуватися захисними окулярами, одягати гумові рукавички та фартух. Контроль якості стерилізації проводять за допомогою індикатора окису етилену.

Використовують 6% розчин перекису водню. При температурі 18 °С тривалість обробки 6 годин, при температурі 50 °С — 3 години. Розчин

перекису водню можна застосовувати протягом 7 діб, зберігаючи його у темному, закритому посуді. Вдруге розчин використовувати не можна.

Глутаровий альдегід у вигляді 2,5% розчину застосовують при температурі 20 °С протягом 6 годин; 8% розчин Лізоформіну-3000 при температурі 50 °С — 1 години; 10% розчин Гігасептофф — 10 годин; 20% розчин Біанолу при температурі 21 °С — 10 годин.

Для стерилізації розчинами хімічних речовин користуються емальованим, скляним або пластмасовим посудом з кришкою. Предмети повністю занурюють у розчин, вільно розкладають у ньому і витримують визначений час, накривши посуд кришкою. Після закінчення стерилізації вироби виймають стерильними пінцетами і двічі занурюють на 5 хвилин у стерильну дистильовану воду або в стерильний ізотонічний розчин хлориду натрію, кожного разу їх змінюють в асептичних умовах. Попередньо посуд для води стерилізують паровим методом. Після цього стерильним пінцетом інструмент перекладають в асептичних умовах у стерильні бікси, вистелені стерильною серветкою. Термін зберігання простерилізованих виробів не більше 1 доби.

Газову стерилізацію застосовують для обробки термонестійких предметів, які не витримують стерилізації в автоклаві або у сухожаровій шафі (катетери, зонди з штучних матеріалів, шланги, протези, ендоскопи, наркозна та дихальна апаратура, оптичні прилади, ріжучі й колючі інструменти, одноразові предмети з синтетичних пластмас).

Найчастіше використовують окис етилену, суміш ОБ (суміш окису етилену і бромистого металу у ваговому співвідношенні 1:2,5), пару формаліну.

Режими стерилізації:

— окисом етилену у дозі 1000 мл/дм³ під тиском газу 0,55 кг/см² і температурі 18⁰С 960 хвилин (16 годин);

— окисом етилену при температурі 35 і 55⁰С;

— сумішшю ОБ при температурі 18, 35 і 55⁰С;

— парою 40% розчину формальдегіду в етиловому спирті у дозі 150 мг/дм³ при температурі 80⁰С 180 хвилин (3 години);

— парою формальдегіду в етиловому спирті при температурі 42,45,65⁰С;

— парою водного розчину формальдегіду при температурі 70⁰С.

Також можна застосовувати 10% розчин «Гігасепту ФФ», «Колдспору» у відповідності з вказівками.

Окис етилену діє бактерицидно за рахунок алкілування протеїнів бактерій. Це безбарвний газ з неприємним запахом. Його токсична дія проявляється головним болем, нудотою, блюванням та зупинкою дихання.

Для газової стерилізації використовують стерилізатор-аератор EAGLE, стерилізатор «СТЕРРАД», портативні апарати (мікроанаеростат МІ, об'єм 2,7 і 2 дм³/л), скороварку „Минутка” трьох розмірів: максимальна місткість за паспортом (до прокладки, що ущільнює) 8,0; 6,0; 4,5 дм³; загальний об'єм відповідно 8,5; 6,5; 5,0 дм³. У заводських умовах застосовують спеціальні газові стерилізатори у приміщеннях з витяжною вентиляцією.

Перед газовою стерилізацією вироби після передстерилізаційної очистки витирають серветками або підсушують при кімнатній температурі до зникнення вологи. Видалення вологи з каналу полімерних (гумових, пластмасових катетерів, трубок здійснюють з використанням



Мал. . Низькотемпературний стерилізатор-аератор AMSCO Eagle 3017.

централізованого вакууму, при відсутності його – за допомогою водоструменевого насосу, що приєднаний до водопровідного крану).

Після закінчення стерилізації для запобігання вибуху залишки газу видаляють через випускні камери у витяжні труби.

Газ добре проникає через поліетиленову упаковку і заміщає повітря. Тому вироби в упаковці після газової стерилізації залишаються стерильними до її порушення.

Стерилізація кип'ятінням проводиться в спеціальних металевих кип'ятильниках з решіткою для вкладання інструментів. Сітку кип'ятильника застеляють марлею, вкладають два пінцета, циліндри, поршні шприца, не менше двох голок з розрахунку на один шприц і зверху – гачки для виймання решітки. Заливають холодною дистильованою водою, щільно накривають кришкою і кип'ятять 45 хвилин з моменту закипання води. Якщо в процесі кип'ятіння в стерилізатор додають ще якийсь інструмент, то кип'ятіння продовжують ще 45 хвилин з цього моменту. Після закінчення стерилізації кришку з стерилізатора знімають і перевертають стерильною стороною догори, стерильним корнцангом або пінцетом (з потрібного розчину) дістають гачки і ними виймають решітку з інструментами. Решітку кладуть уперек кип'ятильника, щоб стекла вода. Після того приступають до збирання шприца або переносять решітку на стерильний стіл і, користуючись стерильним корнцангом, розкладають інструменти з решітки на стерильному столі.

Кип'ятіння як метод стерилізації штрикалок та голок, згідно з галузевим стандартом 42-21-2-85 „Стерилізація і дезінфекція медичного інструментарію”, не передбачене. Але в виняткових випадках (у домашніх умовах), коли неможливо простерилізувати штрикалки та голки іншим способом, можна застосовувати кип'ятіння.

Обробка стоматологічного інструментарію та обладнання

в стоматологічному кабінеті

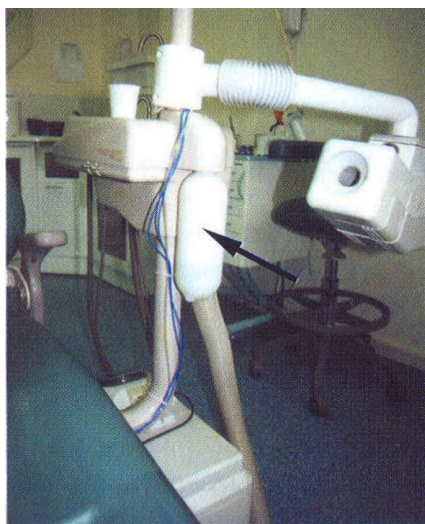
Обробка інструментарію та інших об'єктів в терапевтичній стоматології

Сучасна стоматологічна установка представляє собою складний комплекс пневматичних, електричних, гідравлічних і електронних вузлів, які поєднані в одному або в декількох корпусах, встановлених на підлозі або закріплених на стоматологічному кріслі, стінах, стелі (мал.). Поверхні установки, крісла, стільців не повинні мати щілин, зморшок, зовнішніх ушкоджень, куди може потрапляти і відкладатися пил від препарованих зубів, слина та інші аерозолі, що виникають при препаруванні зубів і фіксуються у недоступних для якісної очистки місцях.



Мал . Установка стоматологічна з кріслом (Dormula master, Семм bologna).

Стоматологічна установка повинна мати систему автономного водопостачання (систему „чистої води”), яка подає воду через тюрбінги у стоматологічні наконечники, штрикалки „вода-повітря”, щоб не допускати потрапляння у порожнину рота пацієнта води з системи громадського водопроводу, до якого традиційно підключена установка.



Мал. . Система „чистої води”, установка Performer (A-DEC, USA).

Тюбінги і шланги установки повинні легко оброблятися, мати рівну, без зморшок і канавок поверхню, бути виготовлені з хімічно пасивного матеріалу.

Спеціально розроблений прилад Alpron-Tec (Alpro Dental-produkte GMBH) використовується „у крісла”, для очистки водної системи стоматологічного обладнання. Пристрій можна без труднощів приєднати до будь-якої стоматологічної установки, в якій відсутня своя система деконтамінації води.

Weekend-system (Alpro Dental-produkte GMBH) – додатковий пристрій, що приєднується до стоматологічної установки. За допомогою найпростіших маніпуляцій цей пристрій дозволяє промити труби водної системи у вихідний день.

Стоматологічна установка Ізотрон (Eurodent, Italy) з елементами захисту пацієнта проти СНІДу, гепатиту та інших інфекцій має (мал.):

- антиретроградний клапан – блок захисту від зворотного потоку, закидання рідини і слини з порожнини рота пацієнта в машину;
- блок гідротон, забезпечує знезараження води, що поступає в стакан і на наконечник за допомогою ультрафіолетового випромінювання;
- дублюючу систему знезараження, що забезпечується додаванням розчину хлоргексидину у воду установки;

- систему дезінфекції шлангів пилевідсмоктувача і слиновідсмоктувача;
- сепаратор, що запобігає закиданню амальгами в каналізацію (установка екологічно чиста).



Мал. . Стоматологічна установка „Ізотрон” (Eurodent, Italy).

Наконечники до бормашин піддають загальноприйнятій дезінфекції. Оскільки більшість стоматологічних кабінетів використовують вітчизняні наконечники, що не призначені для автоклавування, їх слід дезинфікувати після кожного пацієнта. Для зменшення внутрішнього забруднення турбінних наконечників через підключений до системи стислого повітря наконечник пропускають водяний струмінь протягом 30 секунд, потім наконечник відключають та змашують за допомогою розпилювально-очисної системи.



Мал. . Засоби по догляду за інструментами і приладами (Bien-Air, Switzerland).

На наконечник щільно надягають адаптер і пропускають олію протягом 1 с (відповідає введенню 1 мл олії). Флакон з олією тримають вертикально. Головку наконечника розташовують на чистій світлій гігроскопічній серветці. Після змащування оцінюють колір олії, що видавлена з наконечника. При його забрудненні процедуру повторюють до появи чистого аерозолю. Після змащування бажано зафіксувати борт у наконечнику і покрутити його рукою. Наконечник, що змастили, розташовують на спеціальній підставці головкою вниз.

У кабінетах терапевтичної стоматології, як правило, дезінфекцію стоматологічних наконечників проводять шляхом ретельного дворазового протирання зовнішніх частин і каналу для бора стерильним ватно-марлевым тампоном, змоченим 70° спиртом, бациллолом-АФ. Інтервал між протираннями повинен складати 15 хвилин.

Дезінфекція і очистка сучасних наконечників, що являють собою складні агрегати, потребують цілого технологічного циклу. Корпус наконечника очищують і дезінфікують серветками або м'якими щітками, що просякнуті спиртовим розчином. Не застосовують засоби сильно лужної дії, хлорумісні і з абразивним ефектом. Неможна мити наконечники проточною

водою (за виключенням спеціальних хірургічних) і класти їх у купель з рідиною, в тому числі і ультразвукову.

При обробці наконечника слід прочищати сопла системи охолодження наконечника. Для цього необхідно використовувати фірмовий мандрен. Після чистки потрібно перевірити проходження жиклера у робочому стані.

У наконечників з фіброоптикою ватною турундою або серветкою, просякнutoю 96% спиртом, протирають площадки, що проводять світло, на головці і в основі „стакана” наконечника, а також у джерела світла на моторі.

Для змащування наконечників використовують сервісну олію у звичайній упаковці або в аерозольному балоні. Надати перевагу треба другому варіанту, тому що він гарантує попадання олії в усі ділянки, що потребують змащування. При використанні аерозолю, щоб олія не уходила повз наконечник, необхідно застосовувати систему адаптерів.

Змащування наконечників проводять перед кожним автоклавуванням 2 рази на день – в обід і після закінчення зміни. Після особливо інтенсивного використання (препарування зубів під коронки у одного пацієнта) наконечник можна змастити половинною дозою олії.

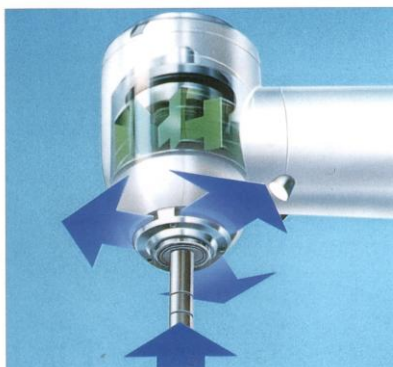
Найбільш розповсюджений спосіб стерилізації наконечників – автоклавування. Його проводять, додержуючись низки правил:

- в автоклав укладають тільки сухі інструменти;
- перед автоклавуванням наконечник упаковують у герметичну упаковку, що стерилізується;
- автоклавування проводять тільки дистильованою водою (хімічний автоклав виключається) при температурі 134°C і тиску 2,2 бар, або при температурі 121°C і тиску 1,1 бар, або додержуються рекомендацій виробника автоклаву.

Наконечники виймають з апарату одразу після автоклавування, вони повинні бути сухими. Зберігають наконечники в стерильних упаковках.

Nakaniahі inc. виготовляє наконечники, що підлягають регулярній стерилізації в автоклаві при температурі 135°, вони забезпечені спеціальною

системою очищення голівки (Clean Head System) для захисту внутрішньої частини наконечника від забруднення і збільшення терміну служби підшипників (мал.).

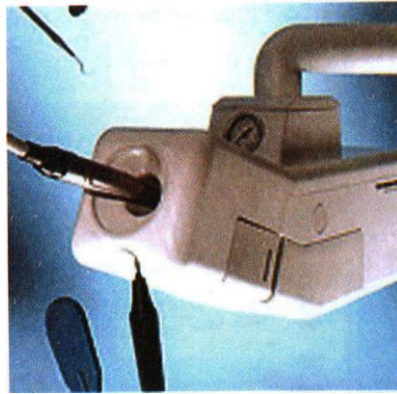


Мал. . Напрямок дії системи для очищення голівки стоматологічних наконечників (Nakanishi inc., Japan).

В наведеній схемі догляду за наконечниками є уразливі місця. При очищуванні і дезінфекції під час прийому та між прийомами пацієнтів і підготовкою наконечника до автоклавування не оброблюється в ньому система подачі повітря і води для охолодження.

У теперішній час для дезінфекції наконечників та іншого стоматологічного інструментарію використовують спеціальний прилад „Термінатор” (мал.).

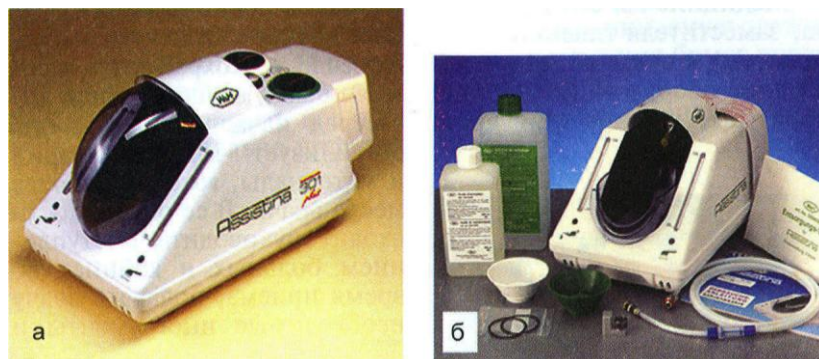
„Термінатор” – дезінфікуючий прилад до будь-якої стоматологічної установки, який дозволяє дезінфікувати наконечники і стоматологічний інструментарій протягом 3 секунд під час лікування в присутності пацієнта. Очистка, дезінфекція і дезактивація за допомогою „Термінатора” представляють комбінацію механічного і фізичного процесів. При введенні стоматологічного інструменту в тунель „Термінатора” фотоелемент автоматично вмикає чотири трубки високого тиску, через які подається дезінфікуючий розчин. Ці трубки виконують свою справу під тиском 3,5 Бар.



Мал. . Термінатор – апарат для очищування, дезактивації та дезінфекції інструментів під час лікування (Electro Medical System, France).

Все, що покриває інструмент, відсмоктується потужним вентилятором за допомогою ефекту Вентурі через шлюзи. Виділення, кров, пил, залишки тканин або порошку надійно запираються у спеціально інтегрованому контейнері, де гинуть усі мікроби. В цей же час інструмент дезінфікується бризкаючою під високим тиском рідиною. Цей процес не потребує додаткових зусиль для руки лікаря. В той час, коли лікар концентрується на наступному етапі лікування, тільки що використаний інструмент дезінфікується і стає свіжим.

“*Assistina*”- спеціальний прилад для автоматичного очищування жиклерної системи і змащування наконечника у робочому стані (мал.).

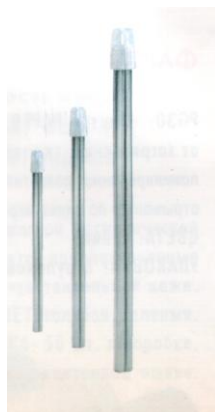


Мал. . Апарат „Assistina” для очистки і змащування наконечників:
а – готовий до роботи; б – з комплектуючими деталями.

Дезінфікує, очищує і робить змащування наконечників під тиском. Принцип його дії простий. Очищений і продезінфікований ззовні протягом 30 хвилин наконечник надягають на приставку, розташовану в герметичній камері приладу. Потім натискають кнопку „Пуск”, і автоматично включається 35-секундна програма. Канали розсіювання повітря і води промиваються розчином для очищення, точно дозована сервісна олія змащує внутрішні деталі, що обертаються. Після цього продуванням стислого повітря всі канали повністю звільняють від дезінфікуючого розчину і надмірної олії. Прилад механічний, потребує тільки 60 л. повітря від компресору з тиском 4-10 бар. В ньому є два резервуари для очищувального розчину і олії. При змащуванні обертових деталей наконечника краще видаляються бруд і частки стертого металу. Олія рівномірно розподіляється по всім поверхням.

Наконечники для пилевідсмоктувачів призначені для відсмоктування пилу, дрібних частинок, аерозолів. Підлягають дезінфекції, очищенню і стерилізації шляхом автоклавування.

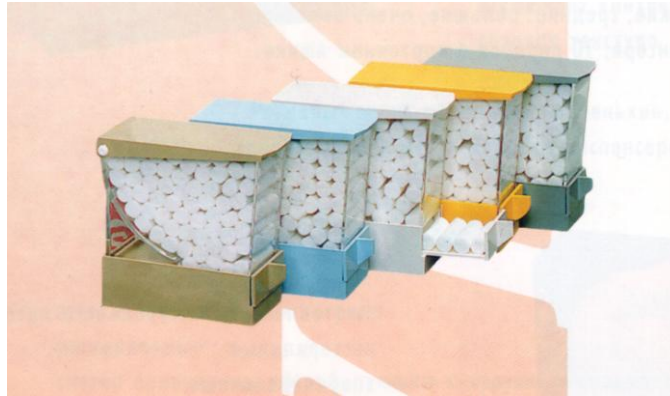
Гнучкі слиновідсмоктувачі зроблені з нетоксичного прозорого ПВХ з металевією проволокою, закінчуються заокругленням з отвором, що виключає можливість дратування слизової оболонки порожнини рота і сприяє повному видаленню слини, використовуються одноразово. Адаптери для слиновідсмоктувачів підлягають дезінфекції, очищенню і стерилізації шляхом автоклавування.



Мал. . Слиновідсмоктувачі (Euronda, Italy).

Стоматологічні ватні валики виготовляють із 100% абсорбуючої бавовни, стерилізують шляхом автоклавування.

Диспансер для ватних валиків виготовлений з прозорого акрилу забезпечує асептичний бар'єр аерозолям і бризкам, дезінфікується шляхом протирання дезрозчинами.



Мал. . Диспансер для ватних валиків (Euronda, Italy).

Пластикові стаканчики використовують для пиття і полоскання, одноразові.

Дезинфікуючі серветки (Unisepta – E, „Юнідент”, Швейцарія; Minuten Wipes, „Alpro Dental-produkte GmbH”) для дезінфекції підголівників, підлокітників крісел, поверхні жорстких меблів, апаратів, приладів, дверних ручок, меблів, телефонів, поверхнею з різних матеріалів (пластик, скло, метал, вініл-шкіра та ін.).

Дзеркала підлягають дезінфекції, передстерилізаційній обробці й стерилізації паровим, повітряним або хімічним методом (у відповідності до інструкції) або робочу частину стерилізують у гласперленовому стерилізаторі.

Для хімічної дезінфекції стоматологічних дзеркал використовують 6% розчин перекису водню, час обробки – 60 хвилин. По закінченню експозиції дзеркала ополіскують стерильною водою, протирають стерильною серветкою і зберігають у стерильному лотку під стерильною серветкою.

Скельця для замішування пломбувального матеріалу обробляють вище переліченими методами і стерилізують парою в автоклаві.

Стакани для валиків дезінфікують, очищають і стерилізують в автоклаві або сухожаровій шафі. Стакани стерилізують через 6 годин. Якщо стерильний пінцет для валиків із стакана зберігається в упаковці, то користуватися ним можна протягом 3 годин, а якщо у 6% розчині перекису водню або 3% розчині хлораміну — 6 годин.

Дрібний інструментарій (пульпоекстрактори та ін.) другий раз не використовують, тому що це разові інструменти. Нові інструменти використовують після передстерилізаційної обробки і стерилізації.

Світловоди до фотополімеризаційних ламп ретельно протирають дворазово до і після використання стерильною серветкою, змоченою 70⁰ спиртом або 4% розчином «Лизеталу АФ». Таким чином дезінфікують *утримувачі для щіточок*, що застосовують для реставрації. Самі щіточки одноразові і після використання дезінфікуються й утилізуються.

Стакани для ополіскування порожнини рота дезінфікуються у 3% розчині хлораміну або 0,112% розчині «Пресепту» 1 годину. Після цього вони промиваються проточною водою.

Карпульні металеві ін'єктори дезінфікують до і після використання шляхом протирання стерильною ватною кулькою, змоченою 70⁰ спиртом. Після закінчення робочої зміни вони підлягають дезінфекції, передстерилізаційному очищенню і стерилізації.

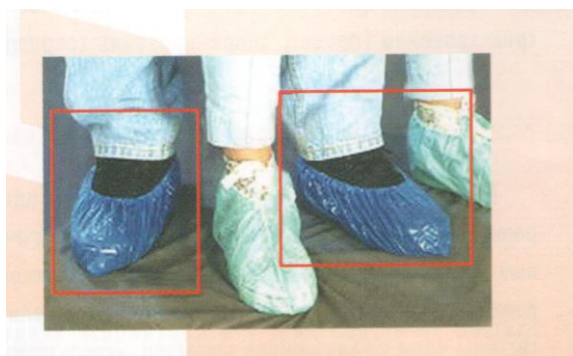
Відроблений одноразовий дрібний інструментарій заливають 20% молоком хлорного вапна або 10% розчином гіпохлориду кальцію або 3% розчином хлораміну на 1 годину. Після дезінфекції їх викидають у збірник сміття.

Серветки для пацієнтів складаються з двох шарів високоякісного паперу і поліетиленової плівки, забезпечують бар'єр для вологи. До серветок призначається диспансер з прозорого пластику. Серветки одноразового

використання, диспансер підлягає дезінфекції за допомогою дезінфікуючих засобів.

Фартухи для пацієнтів захищають одяг від забруднення, зроблені з двохшарового паперу ламінованого поліетиленом, одноразового використання. Диспансер з акрилу для фартухів знезаражується дезрозчинами.

Бахіли призначаються для надягання на особисте взуття пацієнта, щоб потрапити у клінічну залу, одноразові.

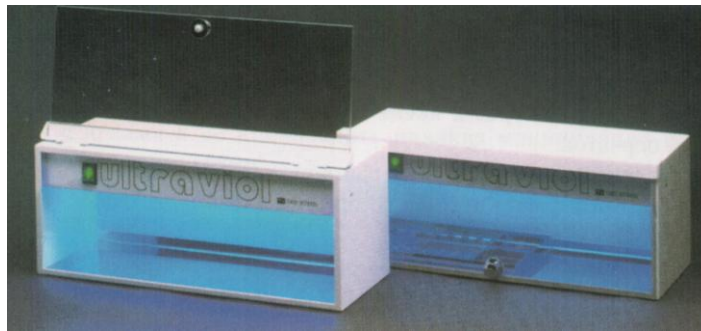


Мал. . Бахіли (Ogiola, Фінляндія).

Для стерильного інструментарію за визначеними правилами накривають *стерильний стіл*. Перед початком роботи проводять вологе прибирання приміщення. Після цього медична сестра одягає стерильний халат, шапочку, маску, обробляє руки, розкладає стерильні бікси, накриває стерильний стіл. Із стерильного бікса стерильним затискачем керцаргом вона дістає стерильне простирало. Нижнє простирало розстилають так, щоб воно звисало на 20-30 см нижче від панелі стола. Зверху кладуть складене вдвоє простирало. Потім виймають із стерилізатора сітку з інструментами, кладуть їх на інструментальний столик на складене вчетверо простирало і в певній послідовності їх розкладають. Верхнє простирало ззаду і з боків скріплюють затискачами з нижнім простиралом. Передній край верхнього простирала захоплюють двома затискачами, за які його підіймають і відкривають, таким чином, доступ до інструментів. Після накривання стерильного столу до нього прикріплюють етикетку, на якій зазначають дату накривання.

Стерильний інструмент брати руками зі столу забороняється. Це робиться стерильним пінцетом, який знаходиться у стерильному лотку закритому стерильною серветкою. Пінцети змінюють кожні 3 години. Стерильний стіл накривають на 6 годин. Інструмент із столу перестерилізовується без попередніх етапів обробки.

Альтернативою старому методу укладки медичних інструментів на стіл з використанням простирала є сучасні полиці „Ultraviol” або бокси „Асептик” (ПМП „Відар”, Вінниця) для тривалого зберігання стерильного інструментарію та матеріалів (до 7 діб), принцип роботи яких ґрунтується на бактерицидній дії ультрафіолетового світла (мал.). Рециркуляція повітря в боксі „Асептик” підсилює бактерицидний ефект та зводить до мінімуму ефект “мертвої зони”.



Мал. . Полиця „Ultraviol” для зберігання стерильних інструментів.



Мал. . Бокс „Асептик” для тривалого зберігання стерильного медичного інструментарію та матеріалів (ПМП „Відар”, Вінниця).

Обробка інструментарію та інших об'єктів в хірургічній стоматології

Наконечники для бормашини у щелепно-лицьовій хірургії стерилізують кип'ятінням у вазеліновій олії з подальшим центрифугуванням.

Обробка інструментарію та інших об'єктів в ортопедичній стоматології та ортодонтії

Під час прийому ортопед-стоматолог і ортодонт окрім індивідуального стоматологічного набору використовують коронкознімачі, коронкорізи, стоматологічні диски (алмазні та кам'яні), ложки для зняття відбитків (металеві та пластикові), зубопротезні шпательі, ножі-шпательі, ортопедичні ковадло та молоточок.

Коронкорізи та коронкознімачі обробляють так само, як і інструментарій багаторазового використання.

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 підлягають дезінфекції, передстерилізаційному очищенню і стерилізації у сушильних шафах при температурі 160°C або у гласперленових стерилізаторах протягом 30 секунд. Кам'яні диски використовуються одноразово, після застосування вони підлягають дезінфекції та утилізації.

Металеві ложки для зняття відбитків механічно очищуються від залишків слизу та піддаються усім етапам обробки – дезінфекції, передстерилізаційному очищенню і стерилізації, а пластикові ложки використовують одноразово і після дезінфекції утилізують.

Зубопротезні шпательі, ножі-шпательі промиваються під проточною водою та піддаються дезінфекції.

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

В ортопедичному та ортодонтичному кабінетах очищенню від слини і крові та дезінфекції належать і зубопротезні вироби. *Відбитки і внутрішньоротові ортодонтичні і ортопедичні конструкції* слід очистити і дезінфікувати перед відправкою у лабораторію (табл.). Дезінфекцію виробів проводять також і перед внесенням у порожнину рота.

Відбитки з альгінатних, силіконових матеріалів, поліефірних смол і гідроколоїду, відбиткові ложки, зубопротезні заготовки (протези, мости, коронки), корозійностійкі артикулятори знезаражують від залишків крові та слини наступним чином:

- попередньо відмивають водою, при цьому треба дотримуватись протиепідемічних заходів індивідуального захисту (гумовий фартух, рукавички);

- потім дезінфікують, занурюючи у дезінфікуючий розчин відповідно до режиму, що наведений у таблиці, ємкість закривають кришкою;

- після закінчення дезінфекції промивають водою по 30 секунд з кожного боку або занурюють у посудину з водою на 5 хвилин.

Знезаражені зубопротезні вироби вміщують у індивідуальну упаковку для зберігання. Перед внесенням у порожнину рота протез ополіскують водопровідною водою.

Таблиця

Режими дезінфекції стоматологічних відбитків

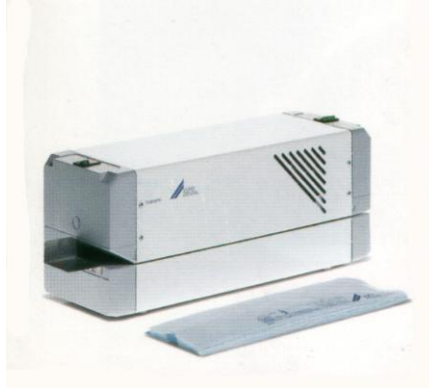
№ п\п	Дезінфікуючий засіб	Режим дезінфекції			Об'єкт
		температура, °С	концентрація, %	експозиція, хв.	
1	2	3	4	5	6
1	Сайдекс (Джонсон і Джонсон Медікол „ЛТД”, США)	не менше 18	без розчинення	10	Відбитки альгінатні (кальцинат, стомальгін, упін) та силіконові (сіеласт-03, 05, 69, дентафлекс)
2	Лізоформін 3000 („Лізоформ Д-р Ханс Роз еман	теж саме	1,0	60	Відбитки альгінатні та силіконові

	ГмбХ”, Німеччина)				
3	Сайдезим (Джонсон і Джонсон Медікол „ЛТД”, США)	теж саме	0,8-1,6	10	Відбитки альгінатні та силіконові
4	Сайдекс [®] ОПА з індикаторними тест-смушками (Джонсон і Джонсон Медікол „ЛТД”, США)	теж саме	0,55	5	Відбитки альгінатні та силіконові
5	Саніфект 128 (США)	теж саме	2,3	30	Відбитки альгінатні та силіконові
6	Дезефект (УНПЦПД) (Україна)	теж саме	2,3	30	Відбитки альгінатні та силіконові
7	Глутарал, Глутарал-Н (Росія)	теж саме	без розчи- нення	10	Відбитки альгінатні та силіконові
8	Глутаровий альдегід (Реанал, Угорщина)	теж саме	2,5	10	Відбитки альгінатні та силіконові
9	Перекис водню (Росія)	теж саме	4,0	15	Відбитки силіконові
10	Дезоксон-1, Дезоксон-4	теж саме	0,1	10	Відбитки силіконові

Продовження таблиці

1	2	3	4	5	6
11	Гіпохлорит натрію, що отримують електрохімічним методом	теж саме	0,5	20	Відбитки силіконові
12	МД-520 („Дюрр- Денталь Оранім”, Німеччина)	теж саме	без розчи- нення	10	Відбитки альгінатні, силіконові, з поліефірної смоли, гідроколлоїду; зубопротезні заготовки з металів, порцеляни, пластмас та інших не стійких до корозії металів і полімерних матеріалів

Durr Hygorac (Durr Dental) – прилад для безперервного запечатування пакетів для стерилізації (мал.). Усі інструменти, а також відбитки, що пройшли стерилізацію після запечатування у Durr Hygorac можуть зберігатися і транспортуватися.



Мал. . Прилад для безперервного запечатування пакетів для стерилізації - Durr Hygorac (Durr Dental).

Durr Hygojet (Durr Dental) – прилад для дезінфекції і очистки відбитків з усіх відбиткових матеріалів (альгінатних, силіконових, поліефірних, гідроколоїдних), протезів, мостів, коронок і артикуляторів; вироби при цьому зберігають стабільність розмірів і сумісність з гіпсом (мал.).



Мал. . Прилад для очищування і стерилізації відбитків - Durr Hygojet (Durr Dental).

Обробка інструментарію та інших об'єктів у фізіотерапевтичному кабінеті

Знімні ясенні та точкові електроди піддають дезінфекції шляхом кип'ятіння в дистильованій воді в спеціальній посудині із кришкою протягом 30 хвилин.

Марлеві тампони для аплікацій у ротовій порожнині використовуються одноразово, потім дезінфікуються у 0,5% розчині дезактину 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 марлевым 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 електрокоагуляції, підлягають дезінфекції, передстерилізаційному очищенню та стерилізації.

Прибирання приміщень у стоматологічному відділенні

У складі стоматологічного відділення (поліклініки або кабінету) повинні бути три групи приміщень: загального призначення, лікувально-діагностичні та службово-побутові. Для підтримки гігієнічних умов, зниження мікробного забруднення обладнання, повітря, поверхонь у стоматологічному відділенні проводиться поточна дезінфекція та генеральне прибирання приміщень. Періодичність прибирання залежить від функціонального призначення приміщень (табл.).

Таблиця

Періодичність прибирання приміщень залежно від їхнього функціонального призначення

Ділянка 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 за день	1 раз за день	1 раз за день	1 раз за день
Радіатори	1 раз за 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

Поточна дезінфекція в приміщеннях загального та службового призначення (реєстратура, коридори, кімната очікування, роздягальня тощо) проводиться 2 рази на день (перед початком і наприкінці робочого дня) вологим прибиранням із використанням 0,1% дезактину або інших дезінфікуючих засобів. Двері, підвіконня, столи, тверді меблі протирають ганчір'ям, змоченим в одному з дезінфікуючих розчинів, миється підлога.

Службові приміщення для медперсоналу прибирають 1 раз на день 0,5% розчинами миючих засобів („Лотос”, „Біомий” та ін.).

Поточна дезінфекція в лікувально-діагностичних приміщеннях 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 за допомогою бактерицидних ультрафіолетових випромінювачів (БУВ) протягом 60 хвилин, після чого приміщення провітрюють.

У разі забруднення столів, обладнання, підлоги кров'ю або іншими біологічними рідинами хворого місце забруднення негайно заливають 0,5% розчином дезактину на 60 хвилин (при ВІЛ-інфекції на 120 хвилин) із подальшим прибиранням або дворазово протирають місце забруднення тампоном, рясно змоченим у дезрозчині з інтервалом 15 хвилин, або забруднене місце засипати сухим хлорним вапном у співвідношенні 1:5 (1 частина хлорного вапна на 5 частин крові), а потім включають ультрафіолетовий випромінювач на 60 хвилин. Використану ганчірку

поміщають у ємкість з дезрозчином або у бак для подальшої обробки в автоклаві.

Робочі поверхні лікарського столика, стоматологічних установок і обладнання на початку робочого дня, в кінці першої зміни та наприкінці робочого дня протирають дворазово з інтервалом у 15 хвилин дезінфікуючим розчином

Робоча поверхня столиків для стерильного інструментарію і стіна по їх довжині протирається стерильною ганчіркою, яка змочена 3% розчином хлораміну або 0,056% розчином «Пресепту», або іншими засобами.

Після кожного пацієнта робочий столик лікаря, підголівник, спинку, сидіння крісла дезінфікують дворазовим протиранням ганчіркою з дезрозчином з інтервалом 15 хвилин. Використовують наступні дезінфікуючі засоби: 3% розчин хлораміну, 0,1% розчин «Клорсепту-17», 0,056% розчин «Пресепту», 0,4% розчин «Септодор-форте» та ін.

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

Світловоди світловіддзеркалюючих ламп дворазово протирають серветкою, змоченою 70° етиловим спиртом або Хоспісепт-серветкою, з інтервалом 15 хвилин.

Для дезінфекції, очищення, дезодорації стоматологічних відсмоктувальних систем використовують 2% розчин «Матика» два рази на день (після першої зміни і в кінці робочого дня). Розчин дезінфікуючого засобу об'ємом 1л пропускають через відсмоктувальну систему стоматологічної установки протягом 2 хвилин, а потім залишають у ній на 20 хвилин.

Плювальниці після кожного хворого підлягають обробці 3% розчином хлораміну або хлорного вапна. У кінці робочої зміни їх занурюють у дезрозчин на 1 годину у спеціальній ємності або в 0,1% розчин «Клорсепту», 0,4% розчин «Септодор-форте». Стаціонарні плювальниці заливають 3%

розчином хлораміну або 10-20% розчином хлорного вапна при закритому отворі і накривають поліетиленовим ковпаком на 1 годину.

Матеріал з плювальниць заливають 20% молоком хлорного вапна на 1 годину або 10% розчином гіпохлориду кальцію, або 3% розчином хлораміну і потім скидають у збірник сміття.

Один раз на тиждень у приміщеннях лікувально-діагностичного призначення проводять *генеральне прибирання*, яке передбачає наступні етапи:

I етап - у приміщенні першочергово здійснюють механічну очистку шляхом миття стелі, стін, підлоги з використанням миючого засобу („Лотос”, „Біомий” та ін.) у концентрації 0,5% (50 г СМЗ на 10 л води) або 2% мильно-содового розчину за системою двох відер (ємкість №1 та ємкість №2).

Ганчірку замочують в ємкості №1 (розчин миючого засобу), ретельно протирають ділянку 2-3 м², потім ганчірку прополіскують в ємкості №2 (чиста вода), віджимають ганчірку, знову прополіскують в ємкості №1 та миють нові ділянки поверхні. Воду в ємкості №2 міняють по мірі забруднення, в ємкості №1 – після миття поверхні площею 60 м².

II етап – дезінфекція стелі, стін, підлоги 6% розчином перекису водню, 0,5% розчином дезактину за системою двох відер з експозицією 60 хвилин. Потім оброблені ділянки змивають чистою водою.

III етап – кварцювання приміщення протягом 2 годин за допомогою БУВ із розрахунку 1 Вт потужності лампи на 1 м³ приміщення з подальшим провітрюванням.

Генеральне прибирання приміщень загального та службового призначення проводиться за графіком не рідше 1 разу за місяць. Ретельно миють стелі, стіни, підлогу за описаною вище методикою, а також усе устаткування, меблі, світильники, жалюзі тощо.

Дати генеральних прибирань та засоби, що використовуються для дезінфекції, реєструють у «Журналі генеральних прибирань» (табл.).

Форма журналу генеральних прибирань

№ п/п	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	7

Для прибирання санітарних вузлів виділяють спеціальний інвентар, який зберігають окремо. Ганчірки та щітки перед прибиранням дезинфікують 1-2% розчином хлорного вапна. Всі приміщення санітарного вузла періодично провітрюють. Вони повинні добре освітлюватися та опалюватися (18-20°C). Вологе прибирання проводять 2 рази на день і в разі потреби. Для цього користуються 0,5% розчином хлорного вапна, 1% розчином хлораміну або 3% розчином лізолу.

Провітрювання службових приміщень здійснюють через квартирки, фрамуги, створи не менше 4 разів за добу.

Для проведення поточної дезінфекції та генеральних прибирань виділяється інвентар (відра, ємкості, ганчір'я, швабри та ін.), який повинен мати маркірування із зазначенням приміщень і виду прибиральних робіт, використовуватись за призначенням і зберігатися окремо. Після використання інвентар (ганчір'я) занурюють на 60 хвилин у дезрозчин (1% хлорамін В, 0,5% гіпохлорид кальцію, 3% хлорне вапно), потім промивають і висушують. Для зберігання інвентарю потрібно ізольоване приміщення або окрема шафа, розташована у 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 здійснюватись 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 тощо).

Проведення профілактичної обробки приміщень від побутових комах та гризунів організує адміністрація поліклініки. Для цього складаються договори з дезінфекційною службою і забезпечується відповідна підготовка (звільнення) приміщень.

Вимоги щодо особистої гігієни медичного персоналу стоматологічного відділення

Медичний персонал стоматологічного відділення забезпечується комплектами знімного медичного спецодягу: халатами, шапочками чи косинками, взуттям, гумовими рукавичками, напальниками, масками, захисними щитками, захисними та світлозахисними окулярами.

Халати, костюми необхідні для захисту одягу і шкіри медперсоналу від забруднення вологими виділеннями (мал.). За виключенням операційних або ізоляторів, де халати надягають для захисту й пацієнти. Халати для захисту шкіри і одягу медперсоналу використовуються багаторазово. Спецодяг обробляють шляхом кип'ятіння у 2% розчині питної соди 30 хвилин, або у 2% мильно-содовому розчині 30 хвилин, або занурюють у 3% розчин хлораміну на 60 хвилин. Після цього перуть у пральних машинах з миючим порошком. Ні в якому разі неможна допустити, щоб персонал прал халати вдома. Прання спецодягу треба проводити централізовано. Зміна спецодягу повинна здійснюватись 2 рази на тиждень.

Спецодяг у терапевтичному та ортопедичному відділеннях, ортопедичній лабораторії міняється по мірі забруднення, але не рідше 2 раз за тиждень, в хірургічному й ортодонтичному відділеннях – щоденно. У разі його забруднення заміна спецодягу проводиться негайно. Кожний співробітник повинен мати не менше 3-х комплектів спецодягу.



Мал. . Медичний одяг.

Якщо під час роботи спецодяг забруднився кров'ю, слиною чи гноем, необхідно його зняти, замочити в дезрозчині, замінити на чистий.

Зберігається медичний спецодяг в індивідуальних шафах окремо від іншого одягу. Перебування співробітників у медичному спецодязі поза межами стоматологічної клініки забороняється.

Гумові рукавички необхідно використовувати при можливості контакту з кров'ю або рідкими виділеннями організму, слизовими оболонками або ушкодженою шкірою будь-якого пацієнта, а також при наявності ушкоджень особистої шкіри (мал.).



Мал. . Рукавички Peppermint Fragrance (Supermax Glove Manufacturing Sdn Bhd, Малайзія).

Рукавички виробляються з натурального латексу або нітрилу. Для індивідуальної відповідності рукавичок до рук, вони пропонуються різних розмірів: 6 - для хірургічних маніпуляцій і 5 - для усіх інших (дуже маленькі, маленькі, середні, великі, дуже великі). Усі рукавички підходять на обидві руки. Можуть бути нестерильні або стерильні, з присипкою або без неї. В якості присипки застосовують фармакологічний кукурудзяний крохмаль.

З метою попередження інфікування увесь медперсонал повинен працювати тільки в рукавичках. На руках не повинно бути прикрас і годинників. Дрібні рани на пальцях необхідно заклеювати лейкопластиром, закривати напальниками.

На стоматологічному прийомі на кожного пацієнта використовують одноразові рукавички, які потім піддають дезінфекції за режимом відробленого матеріалу і викидають. При використанні гумових рукавичок багаторазового застосування після прийому пацієнта (без забруднення кров'ю миють у проточній воді з дворазовим намилюванням і наступною обробкою 70⁰ спиртом протягом 2 хвилин перед прийомом наступного пацієнта. При забрудненні рукавичок кров'ю дезінфекцію проводять з використанням 6% перекису водню або 3% розчину хлораміну протягом 60 хвилин у спеціальній ємкості і утилізують. Для роботи з іншим пацієнтом беруть іншу пару рукавичок. Персонал, який є носієм Hbs Ag або антитіл до гепатиту «С», повинен робити у подвійних рукавичках. У забруднених рукавичках не можна користуватися телефоном, ритися у шухлядах і шафах, робити записи.

Стерильні рукавички надягають лише для виконання стерильних процедур (табл.).

Таблиця

Послідовність дій при використанні стерильних рукавичок

Надягання	Зняття
<ol style="list-style-type: none"> 1. Розгорнути упаковку з рукавичками. 2. Взяти рукавичку за одворот лівою рукою так, щоб пальці не торкались внутрішньої поверхні рукавички. 3. Зімкнути пальці правої руки і ввести їх в рукавичку. 4. Розімкнути пальці правої руки і натягнути на них рукавичку, не порушив її одвороту. 5. Завести під одворот лівої рукавички 2,3 та 4-ий пальці правої руки, вже надітої рукавичка так, щоб 1-ий палець правої руки був спрямований в бік 1-го пальця на лівій рукавичці. 6. Держати ліву рукавичку 2,3 та 4-м пальцями правої руки вертикально. 7. Зімкнути пальці лівої руки і ввести їх в рукавичку. 8. Розправити одворот лівої рукавички, натягнути її на рукав, потім на правій за допомогою 2- і 3-го пальців, підвести їх під підвернутий край рукавички. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пальцями правої руки у рукавичці зробити одворот на лівій рукавичці, торкатись її тільки із зовнішнього боку. 2. Пальцями лівої руки зробити одворот на правій рукавичці, також торкатися її тільки із зовнішнього боку. 3. Зняти рукавичку з лівої руки, тримаючи за одворот, вивертати на зворотній бік. 4. Тримати зняту з лівої руки рукавичку у правій руці. 5. Лівою рукою зняти рукавичку на правій руці за одворот з внутрішнього боку і зняти рукавичку з правої руки, вивертаючи її на зворотній бік. 6. Обидві рукавички (ліва опинилась всередині правої) помістити у ємкість з дезінфікуючим засобом (якщо вони багаторазового використання) або кинути у не просяклий лантух.

Захисні маски необхідні для запобігання повітряно-крапельного переносу інфекції, а також при можливості попадання в рот і ніс рідин організму (мал.). Окрім того вони забезпечують свіже дихання. Маски повинні повністю закривати рот і ніс.



Мал. . Маски процедурні: а - з гумовими заушними петлями (Defend Healthcare Corporation, USA); б - відформовані лицеві конусоподібні (Defend Healthcare Corporation, USA).

Високоякісні одноразові маски більш ефективні, ніж марлеві або паперові. Вони виготовляються з м'яких матеріалів, непроникних для рідин. Можуть бути з резиновими заушними петлями або на зав'язках, бути відформовані за контурами лица. Одноразові маски міняють після кожного пацієнта, або коли вони стануть вологими. Неможна їх опускати на шию і використовувати вдруге. Марлеві 4-х шарові маски міняють кожні 4 години.

Захисний щиток призначається для захисту очей і лица медперсоналу, охороняє від дії твердих частинок, пилу, бризок різних рідин, а також від взаємної дії повітряно-крапельної суміші, що виникає під час видиху (мал.). Захисний щиток повністю закриває лице, абсолютно прозорий. Може встановлюватись поверх окулярів і лицевих масок. Підвищує рівень захисту будь-якої маски. Щиток можна багаторазово обробляти різними дезінфікуючими засобами. Захисний екран після кожного пацієнта протирають серветкою, змоченою 70° етиловим спиртом, Хоспісепт-серветкою, 4% розчином «Лізетолу АФ». Після «Лізетолу АФ» промивають під протічною водою, щоб змити плівку.



Мал. . Щиток для обличчя (Euronda, Italy).

Захисні окуляри призначаються для захисту очей медперсоналу і пацієнтів від дії твердих частинок, бризок різних рідин, а також аерозолів, що виникають при роботі штрикалки „вода-повітря” (мал.). Захисні окуляри після кожного пацієнта протирають серветкою, змоченою 70° етиловим спиртом, Хоспісепт-серветкою, 4% розчином «Лізетолу АФ». Після «Лізетолу АФ» промивають під протічною водою, щоб змити плівку.



Мал. . Окуляри прозорі захисні (Defend Healthcare Corporation, USA).

Світлозахисні окуляри забезпечують захист очей медперсоналу і пацієнтів від ультрафіолетових промінів (мал.). Можуть надягатися на більшість звичайних окулярів. Конструкція деяких з них може захищати від

дії ударних навантажень. Знезаражуються шляхом обробки дезінфікуючими засобами.



Мал. . Світлозахисні окуляри Veratti bonding eyeware (Palmero).

Медичному персоналу забороняється також вживати 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 з амальгамою, ізольованим гардеробом для зберігання спецодягу.

Профілактика внутрішньолікарняних інфекцій, що передаються парентеральним шляхом

У зв'язку з надзвичайною епідеміологічною 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 та інфікуванням хворих через вироби медичного призначення в разі порушення протиепідемічного режиму в медичному закладі.

В доповіді про короткотерміновий прогноз ВІЛ-інфекції і СНІДу в Англії і Уельсі, HMSO (1988), опублікованій в Об'єднаному Королівстві затверджується, що ВІЛ має інкубаційний період 10-15 років при середньому значенні 8 років (табл.).

Таблиця

**Інфекційні хвороби, що можуть передаватися під час
стоматологічного прийому (Д. Кроузер, Д. Чиппінг, 1989 р.)**

№ п/п	Хвороба	Збудник	Шлях передачі**	Інкубаційний період	Імовірні ускладнення
1	2	3	4	5	6
1	СНІД	ретро-вірус	bxs	до 8 років	смерть
2	Кандидоз	грибок	s	48-72 години	езофагіт/систем.
3	Вітряна віспа	вірус	bsd	10-21 день	оперізувальний лишай
4	Нежить	вірус	bsd	48-72 години	тимчасова непрацездатність
5	Гонорея	бактерії	x	1-7 днів	безпліддя, артрит
6	Гепатит А	вірус	o	2-7 тижнів	непрацездатність
7	Гепатит В	вірус	bsd	1,5-5 міс.	непрацездатність, смерть
8	Гепатит ні А ні В	вірус	bsd	1,5-5 міс.	непрацездатність, смерть
9	Гепатит D	вірус	bsd	1,5-5 міс.	непрацездатність, смерть
10	Герпетичний кон'юнктивіт	вірус	bsd	6-10 тижнів	потенційна сліпота
11	Простий герпес II	вірус	bsx	до 2 тижнів	болісні ураження

12	Герпетичний панарицій	вірус	bsd	2-12 днів	біль, непрацездатність
13	Інфекційний мононуклеоз	вірус	bsd	4-7 тижнів	тимчасова непрацездатність
14	Грип	вірус	sd	1-3 дні	смерть
15	Хвороба „легіонерів”	бактерії	r	2-10 днів	смерть
16	Кір	вірус	snd	9-11 днів	непрацездатність, енцефаліт
17	Корева краснуха	вірус	snd	9-11 днів	вроджені вади
18	Епідемічний паротит	вірус	r	14-25 днів	непрацездатність, безпліддя
19	Пневмонія	мікобактерії і вірус	rb	різний	смерть
20	Стафілококові інфекції	бактерії	sd	4-10 днів	враження шкіри, смерть
21	Стрептококові інфекції*	бактерії	bsd	1-3 дня	ревматичні стани серця, смерть
22	Сифіліс	трепонема	xb	2-12 тижнів	враження ЦНС, смерть
23	Стовбняк	бактерії	o	7-10 днів	непрацездатність, смерть
24	Туберкульоз	бактерії	sd	до 6 міс.	непрацездатність, смерть

Примітки:

* - особливо небезпечні штами стійкі до металиліну;

** - b – кров; s – слина; d – аерозольні респіраторні крапельки; x – сексуальні контакти; n – назальні; o – відкрита рана; r – респіраторні.

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 пацієнтів від зараження. Відповідають за проведення інструктажів головний лікар, його заступник, завідувачі відділеннями, головні та старші медсестри.

Заходи, що застосовуються при ризику парентерального інфікування медичних працівників і пацієнтів

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

1. Знати основи гігієни та епідеміології.
2. Дотримуватись 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 HBVsAg і наявність антитіл до вірусу С 1 раз на рік.

При прийомі на роботу у відповідності до наказу МОЗ України „Про затвердження Положення про порядок проведення медичних оглядів працівників певних категорій від 31 березня 1994 р. № 45 роботодавець зобов'язаний вимагати від працівника, який влаштовується на роботу, особисту медичну книжку. У випадку її відсутності робітник може бути прийнятий на роботу, але він повинен негайно пройти профілактичне обстеження і отримати медичну книжку або у поліклініці, або у центрі санепіднагляду за місцем проживання. У подальшому співробітники стоматологічних закладів (відділень, кабінетів) проходять обов'язкове профілактичне обстеження в об'ємі і з періодичністю, що передбачені наказом МОЗ України „Про затвердження Положення про порядок проведення медичних оглядів працівників певних категорій ” від 31 березня 1994р. № 45 і представлені в таблиці .

Таблиця

Об'єм і періодичність проходження обов'язкових профілактичних медичних обстежень медичними працівниками стоматологічних закладів

№ п/п	Професія	Періодичність оглядів	Участь лікарів-фахівців	Лабораторні і функціональні дослідження
-------	----------	-----------------------	-------------------------	---

1	2	3	4	5
Терапія, хірургія				
1	Лікарі	1 раз на рік	Терапевт, невропатолог, хірург, дерматовенеролог, офтальмолог, гінеколог	Холодова проба, флюорографія, анти- HCV
2	Медичні сестри	1 раз на рік	Терапевт, невропатолог, хірург, дерматовенеролог, офтальмолог, гінеколог	Холодова проба, флюорографія, анти- HCV
Ортодонція				
1	Лікарі	1 раз на рік	Терапевт, невропатолог, ЛОР	Загальний аналіз крові, АЛТ, білірубін крові, анти- HCV
2	Медичні сестри	1 раз на рік	Терапевт, ЛОР дерматовенеролог, офтальмолог	ФВД, анти- HCV, флюорографія
Зуботехнічна лабораторія				
1	Зубні техніки	1 раз на рік	Терапевт, невропатолог, ЛОР, дерматовенеролог, офтальмолог	ФВД, загальний аналіз крові анти- HCV, флюорографія
2	Санітарки	1 раз на рік	Терапевт, невропатолог, ЛОР, дерматовенеролог, офтальмолог	ФВД, лейкоцитарна формула, анти- HCV, флюорографія

Всі медичні працівники повинні бути вакциновані проти гепатиту В, не прищеплені проходять обстеження на Hbs Ag один раз на рік. При виявленні Hbs Ag проводиться поглиблене клініко-лабораторне обстеження лікарем-інфекціоністом. Особи з наявністю Hbs-антигенів звільняються від заготовки, переробки і переливання крові і її препаратів.

Категорії медичних працівників з виявленою Hbs-антигенемією відносяться до групи ризику, зобов'язані дотримуватись правил особистої гігієни, що спрямовані на попередження зараження пацієнтів. Усі парентеральні маніпуляції повинні проводитись цими особами у гумових рукавичках. Тимчасово усуваються від роботи хірурги, урологи, гінекологи, стоматологи, операційні і процедурні сестри і т.п., які мають порушення цілісності шкіри рук. Вказані обмеження з цих категорій медичних робітників знімаються при вдруге отриманих негативних результатах досліджень крові на наявність Hbs Ag високочутливими методами.

Хірургічні стоматологічні бригади два рази на рік обстежуються на носійство патогенного золотистого стафілокока, у випадку позитивних результатів проводиться санація носіїв.

Лікар-стоматолог під час першого відвідування пацієнта повинен ретельно зібрати епідеміологічний анамнез, в'яснити наявність хронічних хвороб і інфекцій в т.ч. вірусних гепатитів з парентеральним шляхом передачі, носійство Hbs Ag, великих хірургічних втручань, гемофілії, переливання крові і гемоконтактів, постійний прийом лікарських препаратів, що вказує на можливість інфікування пацієнтів. При необхідності, направити пацієнта на обстеження крові у мікроосадковій реакції з кардіоліпіновим Ag на сифіліс і на виявлення Hbs Ag вірусу гепатиту В і антитіл до вірусу гепатиту С. При позитивній мікропреципітації з кардіоліпіновим Ag направляється повідомлення у шкірновенерологічний диспансер за місцем проживання пацієнта і у територіальний центр санепіднагляду.

Щоб уникнути професійного інфікування медичного працівника і попередити зараження пацієнтів під час стоматологічних маніпуляцій необхідно дотримуватись наступних правил:

- кожний пацієнт, якому надається допомога в лікувально-профілактичному закладі, повинен розглядатися як потенційне джерело інфекції СНІДу, вірусних гепатитів В і С та інших інфекцій, що передаються парентеральним шляхом;

- медичний працівник повинен відноситися до крові та інших біологічних рідин організму як до потенційно зараженого матеріалу;

- розглядати усі зразки лабораторних аналізів як потенційно інфіковані;

- при виконанні будь-яких стоматологічних маніпуляцій співробітник лікувально-профілактичного закладу повинен одягати халат, шапочку, одноразову маску (при необхідності – окуляри або захисні щітки), знімне взуття; виходити у цьому одязі за межі відділення, лабораторії, маніпуляційних кабінетів і т.п. забороняється;

- усі маніпуляції, під час виконання яких може відбутися забруднення рук кров'ю, слиною або гноєм, необхідно здійснювати в гумових рукавичках. Зняті резинові рукавички вдруге не застосовуються, тому що є можливість забруднити руки. В процесі маніпуляцій рукавички оброблюють 70% спиртом або будь-яким іншим дезінфікуючим препаратом з віруліцидною дією;

- робітники усіх медичних спеціальностей повинні дотримуватись мір безпеки при виконанні маніпуляцій з різучими і колючими інструментами (голки, скальпелі, бори, сепараційні диски і каміння для препарування зубів та ін.); слід уникати уколів, порізів рукавичок і рук;

- при пошкодженні шкіри необхідно негайно обробити рукавички дезінфікуючим розчином і зняти їх, видавити кров з рани; потім ретельно вимити руки проточною водою з милом, обробити їх 70% спиртом і намастити рану 5% розчином йоду. При забрудненні рук кров'ю їх слід негайно обробити (протягом не менше 30 секунд) тампоном, що змочений шкіряним антисептиком, дозволеним до використання (70% спирт, 3% розчин хлораміну, йодопірон, стериліум, октенідерм, октенісепт, хлоргексидин та ін.), двічі вимити теплою проточною водою з милом і насухо витерти індивідуальним полотенцем (серветкою);

- при попаданні крові або інших біологічних рідин на слизову оболонку очей їх одразу необхідно промити водою або 1% розчином борної кислоти; при попаданні на слизову оболонку носа – обробити її 1% розчином

протарголу; на слизову оболонку рота – прополоскати 70% розчином спирту, 0,005% розчином перманганату калію або 1% розчином борної кислоти;

- при наявності у медичного працівника ран на руках, ексудативних ушкоджень шкіри або мокнучого дерматиту він на час хвороби звільняється від спілкування з пацієнтом і контакту з предметами догляду за ними. При необхідності виконання роботи всі ушкоджені ділянки повинні бути закриті напальниками, лейкопластирами та ін.;

- розглядати усю білизну, забруднену кров'ю або рідкими виділеннями з порожнини рота, як потенційно інфіковану;

- поверхні робочих столів (наприкінці дня, а у випадку забруднення кров'ю - негайно) оброблюють дезінфікуючими засобами з віруліцидною дією;

- при попаданні інфікованого матеріалу на підлогу, стіни, меблі, обладнання забруднені місця заливають дезінфікуючим розчином і протирають ганчіркою, що змочена у ньому. Використану ганчірку поміщають у ємкість з дезрозчином або у бак для подальшої обробки в автоклаві;

- приймати їжу, курити і використовувати косметику дозволяється тільки у спеціально відведених ізольованих приміщеннях;

- мити руки до і після будь-якого контакту з пацієнтом.

- після процедур високого ступеня ризику (парентеральні або ті, що потребують контакту із сильно виразковими слизовими оболонками і шкірою) необхідно ретельно вимити руки, використовуючи хірургічні очищаючі розчини (октеніман, стериліум), а при їх відсутності – водою з милом, потім руки висушити і обробити 70% етиловим спиртом; після процедур із низьким і середнім ступенем ризику (контакт із неушкодженими слизовими оболонками і шкірою) досить звичайного мила і води;

- при виконанні внутрішньоротових рентгенологічних знімків слід дотримуватись таких же мір безпеки;

- максимально застосовувати медичний і лабораторний інструментарій одноразового використання;

- забороняється вдруге використовувати одноразові інструменти;
- суворо дотримуватися санітарно-протиепідемічного та дезінфекційно-стерилізаційного режимів, перш за все правил дезінфекції, перед стерилізаційного очищення і стерилізації медичного інструментарію та обладнання багаторазового використання;
- полоскання рота пацієнта перед процедурою значно знижує кількість мікроорганізмів в аерозолях, що розсіюються під час процедур; полоскання тільки водою зменшує кількість мікроорганізмів в аерозолях на 75%, а застосуванням спеціальних ополіскувачів для порожнини рота – на 98%.

Обробка рук медичного персоналу.

Миття рук – ефективний метод попередження розповсюдження мікроорганізмів між персоналом лікувально-профілактичного закладу і хворими.

Рівні деконтамінації рук.

Соціальний рівень (побутовий) – миття помірно забруднених рук простим милом і водою видаляє зі шкіри більшість тимчасових мікроорганізмів. Спеціальна обробка рук проводиться:

- перед початком і після закінчення робочої зміни;
- перед приготуванням і прийомом їжі;
- до і після медичного обслуговування пацієнтів, якщо відсутні показання до 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).

Гігієнічний рівень (дезінфекція) – миття рук з використанням антисептичних засобів. Сприяє більш ефективному видаленню тимчасових мікроорганізмів. Гігієнічна обробка проводиться:

- перед виконанням інвазивних процедур;
- перед доглядом за пацієнтом з послабленим імунітетом;
- перед і після догляду за раною;

- до і після надягання рукавичок;
- після контакту з біологічними рідинами організму або після імовірного мікробного обсіменіння.

Антисептичні засоби, що використовують для миття рук.

Водні

Повідон-йодний розчин з миючим засобом, що містить 0,75% доступного йоду. Змочити руки чистою водою, змочити миючим засобом (3-5 мл у залежності від його складу) або ретельно намилити. Мити руки 10-15 секунд і висушити. 4% розчин хлоргексидину біглюконату з миючим засобом.

Спиртові

1. 0,5% розчин хлоргексидину або повідон-йодний розчин в 70% ізопропанолі або етанолі, 60% розчин ізопропанолу або 70% розчин етанолу з пом'якшувачем (наприклад, 0,5% гліцерин).
2. Нанести на руки не менше 3 мл 70% спирту або антисептичного спиртового препарату з пом'якшувачем і розтерти досуха. Спирт більш ефективний, ніж водні антисептичні розчини, але при значному забрудненні рук може знадобитися попереднє миття.
3. Спирт є ефективним, коли необхідна швидка дезінфекція рук при відсутності води або рушників.

Після проведення гігієнічної дезінфекції, а також виконання маніпуляцій з середнім і низьким ступенем ризику (контакт з неушкодженими слизовими оболонками) необхідно дворазово ретельно мити руки у теплій воді з милом; руки і рукавички витирати різними рушниками.

Універсальний прилад для безконтактної дезінфекції рук – небуцид (мал.). Достатньо розташувати руки в апараті ні до чого не торкаючись. Сенсор автоматично визначає присутність руки в апараті і вмикає спрей з антисептичним розчином Dermocol. Після витягнення рук з апарату дезрозчин випаровується з поверхні шкіри, шкіра залишається пом'якшено. І зволоженою. Час експозиції руки в апараті 3 секунди без будь-якого витікання дезрозчину. Ефективна дезінфекція досягається за рахунок вдалої

комбінації дезрозчину Dermocol і безконтактної системи Nebucid Millenium „Юнідент”, Швейцарія).

Dermocol – це антисептичний засіб призначений для гігієнічної і хірургічної обробки рук без використання води. Пропонується як у вигляді розчину, так і у вигляді гелю. Dermocol підходить для тих випадків, коли треба забезпечити медперсоналу швидку дезінфекцію рук, наприклад, протягом усього часу надання медичної допомоги пацієнту або при повторному мануальному контакті з різними нестерильними предметами. Розчин спеціально опротестований для використання в апараті Небуцид для дезінфекції рук.



Мал. . Система безконтактної дезінфекції рук - Nebucid Millenium (Unident Geneve).

Хірургічний рівень – проводиться перед будь-яким хірургічним втручанням і передбачає спеціальну обробку рук. Її мета – знищення транзиторної флори і зниження вмісту резистентних організмів для попередження ризику забруднення хірургічної рани при пошкодженні рукавичок. Використовуються ті ж самі засоби, що і при гігієнічній обробці. Тривалість обробки збільшується до 2-3 хв., охоплює зап'ястя і передпліччя. Наявність годинників і каблучок знижує ефективність обробки. Стерильні щітки застосовують для нігтів тільки один раз з початку робочого дня.

Хірургічна дезінфекція рук складається з двох етапів: миття і дезінфекції. Спочатку руки ретельно миють рідким милом, ополіскують водою і висушують стерильною марлевою серветкою. Для хірургічної дезінфекції рук найчастіше використовують спиртовий розчин хлоргексидину біглюконату, 2,4% розчин первомуру, хоспісепт, АХД-2000, стериліум, октенідерм, сагросепт та інші. Обробку рук можна проводити методом протирання або занурення в емальований таз із розчином. Для дезінфекції методом протирання послідовність етапів обробки наступна:

1. Наносять антисептик на руки і розтирають між долонями.
2. Права долонь над лівою тильною стороною.
3. Ліва долонь над правою тильною стороною.
4. Долонь до долоні, пальці однієї руки у між пальцевих проміжках іншої.
5. Тильна сторона пальців до долоні іншої руки.
6. Обертове тертя великих пальців.
7. Обертове тертя долонь. Повторити кожен рух 5 раз.

Використовуючи наведену вище методику, антисептик розтирають протягом 5 хвилин, після чого руки витирають стерильною серветкою та одягають стерильні гумові рукавички.

Існує декілька методик очистки шкіри рук.

Метод Фюрнбрінгера. Руки миють теплою проточною водою двома стерильними щітками (кожною по 5 хвилин) з милом. Спочатку обробляють пальці, потім долоні, тильні поверхні кисті й передпліччя. Під час миття і змивання мильної піни руки тримають догори кистями. Після витирання рук стерильними серветками (спочатку кисті, а потім передпліччя) їх обробляють 3 хвилини 70% етиловим спиртом і 3 хвилини розчином дихлориду ртуті (1:1000). Нігтьові ложа змащують 5% або 10% розчином йоду спиртовим.

Альфред дещо змінив метод Фюрнбрінгера. Він виключив дихлорид ртуті, а натомість для фіксації бактерій, що збереглися в протоках сальних та потових залоз, запропонував дублення шкіри 96% етиловим спиртом.

Метод Спасокукоцького – Кочергіна ґрунтується на розчиненні на поверхні та в порах шкіри жирів за допомогою лужного розчину аміаку і вимиванні разом з ними бактерій. Після миття під проточною водою з милом без щіток руки миють послідовно в двох тазях у свіжо приготованому 0,5% розчині аміаку стерильними серветками по 3 хвилини. Після просушування рук стерильними серветками або рушником їх протягом 5 хвилин обробляють 96% етиловим спиртом, а кінчики пальців змащують 5 або 10% розчином йоду спиртовим.

Обробка рук первомуром (препарат С-4). Для приготування вихідного розчину змішують 171 мл 33% розчину перекису водню і 69 мл мурашиної кислоти. Суміш розводять водою до 1 літра і ставлять на 1-1,5 години в холодильник. Потім 120 мл вихідного розчину розводять водою до 5 літрів. Цього розчину достатньо для послідовної обробки рук 10 осіб. Розчин зберігають протягом 6 - 8 годин. Обробляють руки первомуром у декілька етапів: 1) миття рук теплою проточною водою з милом без щіток протягом 1–2 хвилин ; 2) просушування рук рушником; 3) миття рук у тазу в приготованому розчині первомуром протягом 1 2 хвилин; 4) просушування рук стерильним рушником або серветками.

При цьому методі не треба обробляти шкіру рук антисептичними засобами.

Обробка рук діюцидом. У стерильний таз наливають діюцид (1:5000), в якому миють кисті й передпліччя стерильними серветками протягом 5 хвилин. Потім руки протирають 96% етиловим спиртом.

В екстрених випадках користуються методами, які ґрунтуються лише на дубленні шкіри. Зокрема, можна застосовувати обробку рук протягом 10 хвилин 96% етиловим спиртом (його наносять 2 рази по 5 мл., кожен порцію розтирають досуха) або протягом 3 хвилин 2% розчином йоду спиртовим.

Однак усі згадані вище методи обробки рук не забезпечують абсолютної стерильності, тому після обробки рук рекомендується надягти рукавички.

Проведення стоматологічних процедур передбачає травмування м'яких тканин ротової порожнини і, як наслідок – кровотечу. Високошвидкісні установки і ультразвукові прилади розсіюють аерозолі. Крім того, в процесі роботи лікаря-стоматолога з пацієнтами не виключені поранення шкіряного покриву, що створює можливість інфікування і перехресного зараження за принципом: пацієнт-лікар, лікар-пацієнт.

Кожний підрозділ у лікувально-профілактичному закладі має бути укомплектований аптечкою для надання невідкладної допомоги при попаданні крові або інших біологічних рідин на шкіру і слизові оболонки, уколах та порізах.

Виписка з наказу № 120 від 25.05.2000р. „Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію (СНІД)”. До складу аптечки для надання термінової медичної допомоги медичним працівникам лікувально-профілактичних закладів входять:

1. Напальники - з розрахунку 1-2 на кожного працівника.
2. Лейкопластир - 1 катушка;
3. Ножиці - 1 шт.
4. Перманганат калію (у наважках по 0,05 г) - 3 шт.
5. Ємкість для розведення перманганату калію з маркуванням на 1 л.
6. Спирт етиловий 70⁰ - 50 мл.
7. Тюбик-крапельниця з 30% розчином альбуциду - 1-2 шт.
8. 5% спиртовий розчин йоду.
9. 3% розчин перекису водню.
10. 1% розчин борної кислоти;
11. Рукавички гумові - 3 пари.
12. Бинт, ватні тампони.
13. Наважки деззасобів (зберігають окремо):
 - хлорамін (30,0 г) - 3 шт.
 - хлоралін (30,0 г) - 3 шт.
14. Ємкість для розведення деззасобів - 1 шт.

15. Піпетки для очей і носу.

Аптечка повинна зберігатися у легкодоступному місці, у біксі або металевому ящику. Контроль за правильністю зберігання і поповнення аптечки належить завідуючим відділеннями або призначеним ними особам.

Правила користування аптечкою.

1. Якщо контакт з кров'ю, біологічними рідинами чи біоматеріалами супроводжується порушенням цілісності шкіри (уколом, порізом), то потерпілий повинен:

- а) зняти рукавички робочою поверхнею усередину, видавити кров з рани;
- б) ушкоджене місце обробити одним із дезінфектантів (70% розчином етилового спирту, 5% настоячкою йоду, при порізах – 3% розчином перекису водню);
- в) ретельно вимити руки з милом під проточною водою, а потім протерти їх 70% розчином етилового спирту;
- г) на рану накласти пластир, надіти напальник; при потребі продовжувати роботу одягти гумові рукавички;
- д) терміново повідомити керівництво лікувально-профілактичного закладу про аварію для її реєстрації та проведення термінової профілактики ВІЛ-інфекції.

2. У разі забруднення кров'ю, біологічними рідинами, біоматеріалами без ушкодження шкіри:

- а) обробити місце забруднення одним із дезінфектантів (70% розчином етилового спирту, 3% розчином перекису водню, 3% розчином хлораміну);
- б) промити водою з милом і вдруге обробити спиртом.

3. У разі потрапляння крові, біологічних рідин, біоматеріалу на слизові оболонки:

- а) ротової порожнини – прополоскати 70% розчином етилового спирту;
- б) порожнини носа – закапати 30% розчином альбуциду (сульфацилу натрію);

в) очей - промити водою (чистими руками), закапати 30% розчином альбуциду.

Для обробки носа і очей можна використовувати 0,05% розчин перманганату калію або 1% розчин борної кислоти.

4. У разі попадання крові, біологічних рідин, біоматеріалу на халат, одяг: одяг зняти і замочити в одному з дезрозчинів; забруднене взуття двічі протерти ганчір'ям, змоченим у дезрозчині.

5. При попаданні крові, біологічних рідин, біоматеріалу на навколишні предмети: забруднене місце засипати сухим хлорним вапном у співвідношенні 1:5 (1 частина хлорного вапна на 5 частин крові), або протерти дезінфекуючим розчином 3-5 разів, а потім включити ультрафіолетовий випромінювач на 60 хвилин.

Про кожний випадок виробничого травматизму, що пов'язаний з можливим інфікуванням під час виконання професійних обов'язків, персонал повинен інформувати керівника клініки та реєструвати в журналі обліку виробничого травматизму (табл.).

Таблиця

Форма журналу обліку виробничого травматизму, пов'язаного з ризиком інфікування

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

Уколи, порізи, забруднення кров'ю та іншими біологічними рідинами від пацієнта слизових оболонок та шкіри медичного працівника вважаються аварією. У цьому випадку, крім обробки шкіри, слизових оболонок та ран за методикою зазначеною вище, треба обов'язково зареєструвати випадок аварії, обстежити та почати превентивне лікування медичного працівника за

його згодою. В усіх медичних закладах, де проводиться робота з біологічними матеріалами, ведеться журнал реєстрації аварій (табл.).

Таблиця

Форма журналу реєстрації 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, якій належав матеріал (за її згодою)
1	2	3	4	5	6	7

Ці відомості повинні бути підписані завідувачем відділення або його заступником і головою режимної комісії. Реєстрація проводиться за добровільною згодою потерпілого. Обстеження на наявність антитіл до ВІЛ проводиться в день аварії, через 3, 6, 12 місяців.

Специфічна профілактика інфекцій, що передаються парентеральним шляхом

Профілактика вірусного гепатиту В (ВГВ).

Медичний персонал стоматологічної клініки 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. Схему вакцинації та дози для кожної окремої вакцини можуть бути змінені згідно з їхніми інструкціями. Якщо після закінчення повного

курсу вакцинації рівень антитіл до HbsAg визначається нижче за 100МЕ/л, вводять ще одну бустерну дозу вакцини.

Заходи, що застосовуються при ризику парентерального інфікування ВІЛ.

При пошкодженні шкіри або слизових оболонок медичного працівника, який працює з інфікованим ВІЛ біологічним матеріалом, необхідно безпосередньо після травми якнайшвидше, але не пізніше 24-36 годин після факту аварії, провести профілактику ВІЛ-інфекції азидотимідином (АЗТ) чи його аналогами дозою 800-1000 мг/добу протягом 3 тижнів. З урахуванням ступеню ризику зараження рекомендується наступна схема (табл.).

При виникненні подібної ситуації слід звернутися у СНІД-центр протягом 24 годин з моменту травми (інфікування).

У Полтаві це обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом – провулок Госпітальний, д.5, тел. реєстратури 56-21-25, тел. кабінету „Довіри” 65-94-31.

За медичними робітниками, які отримали травму при наданні стоматологічної допомоги ВІЛ-інфікованому пацієнту, призначають спостереження протягом 12 місяців із дослідженням крові через 3, 6 і 12 місяців у СНІД-центрі.

Таблиця

Хіміопрофілактика при ризику парентерального інфікування ВІЛ

Ступінь ризику зараження*	Об'єм хіміопрофілактики
Високий (1-й тип) – при глибокому колотому (голкою) або різаному (скальпелем і т.п.) пошкодженні, що супроводжується кровотечею**	Наполегливо рекомендується комбінована терапія протягом 4 тижнів; прийом 3 препаратів – 2 інгібіторів зворотної транскриптази; азидотимідин (по 200 мг 3 рази за добу); ламівудин (по 150 мг 2 рази за добу) і 1 інгібітору протеази; саквінавир (по 600 мг 3 рази за добу); вірасепт (нелфінавир) (по 250 мг 2 рази за добу)
Помірний (2-й тип) – при неглибоких пошкодженнях з „крапельним”	Пропонується комбінована терапія в тому ж режимі із застосуванням

відділенням крові	протягом 4 тижнів інгібіторів зворотної транскриптази
Мінімальний (3-й тип) – при поверхневій травматизації шкіри і слизових оболонок або попаданні біологічних рідин на слизові оболонки	Бажана азидотимідінотерапія протягом 4 тижнів або із використанням другого інгібітору зворотної транскриптази

Примітка:

* - Враховуючи ВІЛ-статус пацієнта, з кров'ю якого був контакт:

- при травматизації від пацієнта з відсутністю симптомів, але високим рівнем CD4⁺ Т-лімфоцитів і низьким вірусним навантаженням (кількість копій РНК ВІЛ в 1 мл плазми крові) проводять хіміотерапію за 3-м типом;
- при розгорнутій клінічній картині хвороби, рівень CD4⁺ Т-лімфоцитів нижче 0,5x 10⁹ /л або високому вірусному навантаженні проводять хіміопрофілактику за 1-м типом.

** - Якщо у пацієнта до контакту не було позитивних результатів серологічних досліджень і немає негативних даних серологічного тесту, застосовують ПЦР.

Заходи при підозрі та виникненні карантинних інфекцій

Нині у світі 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, пріонові хвороби (SARS), сибірська виразка, курячий грип та ін.

З 1 листопада 2002 року по 7 квітня 2003 року у 20 країнах світу зареєстровано понад 2400 випадків тяжкого гострого респіраторного синдрому (SARS), з яких 89 закінчилися смертю. Значна частина захворілих – медичні працівники і особи, що надавали медичну допомогу первинним хворим. Згідно з аналізом зведень ВООЗ, у 2004 році у 37 країнах світу 5

континентів зареєстровано 93582 випадки захворювань на холеру, 1984 (2,12%) осіб померли.

Зважаючи на епідеміологічну ситуацію з карантинних інфекцій у світі, значні транспортні сполучення та міграцію населення існує реальна можливість їх завезення на територію України. Це потребує максимальної готовності фахівців лікувально-профілактичних закладів до проведення заходів щодо локалізації і ліквідації можливих вогнищ.

Нормативною базою, яка регламентує проведення заходів, спрямованих на запобігання виникнення і розповсюдження 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 заселення 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 осіб;
- 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 територій України” кожен лікувально-профілактичний заклад повинен бути готовий до організації та проведення первинних протиепідемічних заходів в осередку карантинної інфекції. Відповідно до плану у сприятливий 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 обмеження 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, 1985р.). 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 усіх 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 способом; 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 забору матеріалу для лабораторного дослідження, засоби особистої профілактики і терміново вповіщає 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.

Списки осіб, що були в контакті з хворим у цьому лікувальному закладі, складають за місцем проживання та медичного обслуговування хворих і 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 (табл.).

Таблиця

Список

осіб, які контактували з хворим або вібріоносієм карантинної інфекції

№ п/п	П.І.Б.	Рік народження	Адреса (постійне місце проживання)	Місце роботи, навчання (назва підприємства, адреса)	Час контакту, де, коли, тривалість	Характер контакту, відношення до хворого	Примітка
1	2	3	4	5	6	7	8

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.

Медична сестра при виявленні у відділенні хворого з підозрою на карантинні інфекції зобов'язана:

- закрити усі входи і виходи у відділення, призначити пости за рахунок молодшого медичного персоналу з метою недопущення виходу хворих із відділення і входу у відділення сторонніх осіб, на вході у відділення поставити передаточний стіл;
- перевірити список хворих у відділенні, розвести їх по кабінетах і закрити;
- прийняти всі заходи до повернення у відділення усіх хворих, які знаходились за межею відділення;
- усіма доступними засобами повідомити про виявленого хворого завідуючого відділенням;
- дати вказівки молодшому медичному персоналу, щодо підготовки дезінфікуючих розчинів для проведення поточної і заключної дезінфекції (3% розчин хлораміну);
- по телефону або іншим засобом вимагати укладку для забору матеріалу від хворого для бактеріологічних досліджень(отримати її через передаточний стіл);
- підготувати лікувальні засоби для спеціального лікування хворого;
- відокремити осіб, які контактували з хворим, скласти їх списки;
- виконувати вказівки завідуючого відділенням;
- після переведу хворого в інфекційну лікарню, а осіб, які були з ним в контакті, до ізолятора провести у відділенні заключну дезінфекцію (особливо гарно проводити дезінфекцію в місцях загального користування).

Лікувальні заклади Полтавського району, що входять у госпітальну базу при виявленні карантинної інфекції: обласна клінічна інфекційна лікарня – госпіталь, тел. 2-49-95, 2-94-41, 7-38-86, 2-49-85; відділкова лікарня південної залізниці – провізорне відділення, тел. 51-20-92, 51-31-57; санаторій для дітей з порушенням опорно-рухового апарату – ізолятор, тел. 7-35-83, 56-41-65; Мачухське відділення ЦРЛ – ізолятор, тел. 9-82-36; санаторій-профілакторій „Наталка-Полтавка” державної аграрної академії, тел. 2-28-23.

Правила техніки безпеки та протипожежні заходи

Основними керівними документами по техніці безпеки і виробничій санітарії в стоматологічних кабінетах, по охороні праці при використанні електрообладнання і наданню першої медичної допомоги при ураженні електричним струмом, по забезпеченню правил пожежної безпеки в приміщеннях медичного закладу є: „Правила улаштування і експлуатації стоматологічних поліклінік, відділень, кабінетів і зуботехнічних лабораторій”, затверджені Міністром охорони здоров'я 1.04.64 р.; Штатні паспорти і інструкції по експлуатації на зразки апаратів; Інструкція по техніці безпеки і виробничій санітарії в стоматологічних кабінетах (додаток №); Інструкція по охороні праці при використанні електрообладнання (додаток №); Інструкція по забезпеченню правил пожежної безпеки в приміщеннях медичного закладу (додаток №).

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ВЕДЕННЯ ЩОДЕННИКА З ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ

Щоденник (див. додаток) є основним звітним документом студента на період виробничої практики, включаючи її захист. Для студентів, які проходять виробничу практику за межами міста Полтава, щоденник є ще й документом відрядження, який підтверджує терміни виробничої практики в

тому чи іншому лікувальному закладі (розділ щоденника «Направлення на виробничу практику»). При заповненні даного розділу вказується П.І.П. студента, вид практики, населений пункт і повна назва лікувального закладу, терміни виробничої практики, посада та П.І.П. керівника практики від лікувального закладу. Направлення візується підписами відповідальної особи (головним лікарем) та двома печатками, які засвідчують дату прибуття і вибуття студента з лікувального закладу.

Під час виробничої практики студент зобов'язаний кожен день заносити у відповідному розділі щоденника повний обсяг виконаної роботи. У загальній послідовності відображається також суспільно-корисна робота (випуск санітарних бюлетенів, участь у проведенні сестринських конференцій тощо). Не менше двох разів за тиждень студент повинен представити щоденник на перевірку керівнику виробничої практики від вищого навчального закладу і щоденно – на підпис безпосередньому керівнику від лікувального закладу (медичній сестрі). Правильність виконання студентом даного пункту відображається відповідними особами у розділі «Рецензія на щоденник».

В останній день виробничої практики студент повинен скласти цифровий і текстовий звіти. У цифровому звіті наводиться кількість і види самостійно виконаних маніпуляцій та практичних навичок згідно з переліком у відповідному розділі щоденника. У текстовому звіті студент дає коротку характеристику клінічної бази, її оснащення та забезпечення інструментарієм і матеріалами, описує своє щоденне навантаження, взаємовідносини із співробітниками базового лікувального закладу, відмічає, що нового він засвоїв під час виробничої практики, а також висловлює свої побажання і пропозиції щодо покращення проведення практики.

Після закінчення виробничої практики на студента у відповідному розділі щоденника видається характеристика, в якій відображаються рівень теоретичної підготовки, оволодіння практичними навичками, дотримання основ деонтології та етики, ставлення студента до оволодіння практичними

навичками. Характеристика візується підписами відповідальних осіб (безпосереднім керівником виробничої практики від лікувального закладу і головним лікарем) та завіряється печаткою лікувального закладу, в якому проходила виробнича практика студента.

Розділ «Висновок керівника від кафедри про виробничу практику студента» заповнюється відповідною особою по прибутті студента до вищого навчального закладу для захисту виробничої практики.

Без наявності заповненого та оформленого належним чином щоденника виробнича практика **не зараховується**.

ОРІЄНТОВНИЙ ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ ДЛЯ ЗАХИСТУ ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ

1. Організація роботи стоматологічних відділень.
2. Режим і внутрішній розпорядок роботи у стоматологічних відділеннях.
3. Обов'язки медичної сестри стоматологічного відділення.
4. Забезпечення санітарно-протиепідемічного режиму в приміщеннях стоматологічної клініки:
 - прибирання приміщень (поточне, генеральне);
 - обробка робочої поверхні стоматологічного столика лікаря, стоматологічних крісел, стоматологічних установок і обладнання.
5. Профілактика гепатиту, ВІЛ-інфекцій та інших внутрішньолікарняних інфекцій, які передаються парентеральним шляхом:
 - гігієнічна дезінфекція рук;
 - хірургічна обробка рук;
 - заходи при пораненнях, контакті з кров'ю, іншими біологічними матеріалами пацієнта;
 - специфічна профілактика інфекцій, що передаються парентеральним шляхом.

6. Організація та забезпечення дезінфекційно-стерилізаційного режиму в стоматологічній клініці:

- дезінфекція виробів медичного призначення (фізичний і хімічний методи);
- передстерилізаційне очищення;
- стерилізація (паровий, повітряний, хімічний методи, у гласперленовому стерилізаторі);
- контроль якості передстерилізаційного очищення виробів медичного призначення (азопірамова та фенолфталеїнова проби);
- обробка індивідуальних стоматологічних наборів;
- дезінфекція стоматологічних наконечників.

7. Надання долікарської невідкладної допомоги.

8. Пломбувальні матеріали та методи їх підготовки до роботи.

9. Інструменти для обстеження та лікування стоматологічних хворих.

10. Матеріали для відбитків та методи їх стерилізації.

11. Зубна формула та її запис.

12. Методики рентгенографії зубів і щелеп.

13. Фізіотерапевтичні процедури в стоматології (УВЧ-терапія, УФО-терапія, дарсонвалізація, електрофорез лікарських засобів, гідротерапія).

14. Правила оформлення медичної документації (заповнення амбулаторної карти пацієнта, заповнення журналів профілактичного огляду, заповнення статистичних талонів, заповнення картки диспансерного спостереження).

15. Основи медичної етики та деонтології.

16. Техніка безпеки та протипожежні заходи.

ДОДАТКИ

Додаток 1

Витяг з „*Посадової інструкції медичної сестри стоматологічного відділення*”.

I. Загальна частина.

Основним завданням медичної сестри стоматологічного відділення є обслуговування лікарів – стоматологів у клінічному залі.

Медична сестра призначається головним лікарем з узгодженням завідуючого відділенням та головної медичної сестри поліклініки і звільняється за наказам головного лікаря. В своїй роботі керується статутом поліклініки, положеннями лікувально-профілактичного відділення про внутрішній розпорядок поліклініки, посадовою інструкцією, наказом № 408 від 12.07.89 р. та галузевим стандартом 42-21-2-85, наказом по поліклініці.

II. Кваліфікаційні вимоги.

На посаду медичної сестри призначається медпрацівник з закінченою медичною освітою.

Медична сестра повинна знати:

- анатомію та основи фізіології людини;
- загальні відомості про симптоматику основних стоматологічних хвороб;
- ознаки клінічної смерті;
- етіологію та основні ознаки різних хвороб людини;
- принципи санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму, в тому числі при особливо небезпечних інфекціях;
- міри профілактики різних хвороб людини;
- правила надання долі карської невідкладної допомоги;
- основи асептики, антисептики, десмургії;
- способи застосування лікарських препаратів та умови їх зберігання;
- вимірювання артеріального тиску;

- виконання в/м, п/ш ін'єкцій;
- правила ведення медичної документації;
- основи етики та деонтології;
- правила та інструкції з охорони праці та техніки безпеки.

III. Функції.

Ділянкою роботи медичної сестри є стоматологічний кабінет. Вона повинна повністю забезпечити робоче місце лікаря-стоматолога для безпосереднього прийому пацієнтів, виконувати призначення лікаря кабінету, доручення старшої медичної сестри, завідуючого відділенням, слідкувати за виконанням норм санітарно-гігієнічного режиму кабінету молодшою медичною сестрою.

IV. Функціональні обов'язки.

1. До початку прийому хворих перевірити роботу молодшої медичної сестри.
2. Підготувати до роботи стоматологічне обладнання (підключити до мережі).
3. Перевірити справність обладнання. У випадку несправності зробити відмітку у журналі технічного обслуговування та довести до відома електрика, механіка.
4. Перед початком прийому підготувати робоче місце лікаря-стоматолога: розлити спирт, ефір, перекис водню, йод, рідину для очищення алмазного інструментарію, накрити стерильний стіл.
5. Під час прийому хворих стерилізувати інструментарій, проводити його обробку за ОСТом 42-21-2-85 та наказом № 408, подавати лікарям в лотках стерильний інструментарій, готувати перев'язувальний матеріал, замішувати пломбувальний матеріал.
6. Проводити провітрювання, кварцювання, генеральне прибирання згідно графіка, постановку азопірамової та фенолфталеїнової проб.
7. Вести всю необхідну документацію в кабінеті.
8. Слідкувати за наявністю медичного інструментарію в клінічній залі та передавати його по зміні черговій медсестрі.
9. Знати заходи по невідкладній допомозі та вміти надавати хворому першу допомогу при невідкладному стані. Знати дії медсестри при наявності хворого з підозрою на особливо небезпечну інфекцію.
10. Слідкувати за терміном зберігання медикаментів у клінічній залі.
11. Забезпечувати кабінет необхідними медичними матеріалами (одержує у старшої м/с відділення).
12. Слідкувати за економним використанням матеріалів, електроенергії, води, за додержанням правил техніки безпеки та протипожежних заходів.

13. Проводити бесіди з хворими. Брати участь у проведенні сестринських конференцій у поліклініці.

14. У спілкуванні з пацієнтами та співробітниками дотримуватися правил медичної етики та деонтології.

15. Медсестрі забороняється залишати робоче місце під час прийому хворих без поважної причини.

V. Функціональні права.

Медична сестра має право:

1. Контролювати роботу молодших медичних сестер.
2. На підвищення своєї кваліфікації один раз на п'ять років.
3. На безпечні умови праці.
4. На звернення до керівництва поліклініки з питань поліпшення умов праці.
5. Отримувати спецодяг та засоби індивідуального захисту, необхідні в роботі.

VI. Система підпорядкування у зв'язку з посадою.

Медсестра безпосередньо підпорядкована старшій медичній сестрі, завідуючому відділенням, головній медичній сестрі, головному лікарю. Працює в тісному контакті з лікарем-стоматологом та керівництвом поліклініки.

VII. Рівень відповідальності за виконану роботу.

Медична сестра несе відповідальність за:

1. Своєчасне та чітке виконання призначень лікаря.
2. Економне використання електроенергії, води, газу.
3. Недотримання правил техніки безпеки та пожежної безпеки.
4. Наявність в кабінеті медикаментів для надання невідкладної медичної допомоги.
5. Виконання існуючих наказів та ОСТу по дотриманню санітарно-протиепідемічного режиму.
6. Порушення правил внутрішнього розпорядку, невиконання положень даної інструкції та вказівок керівництва стоматологічної поліклініки.
7. Раціональне використання обладнання, інструментарію у клінічному кабінеті.
8. Зберігання медикаментів, в тому числі групи А та Б.

VIII. Критерії оцінки роботи медичної сестри.

Оцінкою роботи медсестри стоматологічного кабінету є:

- оцінка по професійній підготовці;
- відсутність зауважень старшої медичної сестри та головної медичної сестри по виконанню санітарно-протиепідемічних норм згідно наказу № 408 та галузевого стандарту 42-21-2-85.

IX. Місцезнаходження робочого місця.

Робочим місцем медичної сестри являється кабінет, який обладнаний шафами, столами, сейфом, стоматологічним обладнанням, установками, кріслами, стерилізатором.

Медичній сестрі забороняється покидати робоче місце під час прийому хворих без поважної причини.

При виникненні виробничої необхідності зав. відділенням та старша медична сестра мають право перевести медичну сестру з одного клінічного кабінету в інший.

Додаток

Виписка з *„Інструкції по техніці безпеки і виробничої санітарії в стоматологічних кабінетах”.*

1. Вимоги до персоналу.

До роботи в кабінеті допускаються тільки особи:

- які пройшли обов'язковий медогляд на професійну придатність при зарахуванні на роботу. Наступні медогляди – 1 раз в 12 місяців;
- які пройшли увідний інструктаж;
- які пройшли навчання, інструктаж і перевірку знань по безпечним прийомам і методам роботи на робочому місці з підписом у відповідному журналі;
- які знають вимоги даної інструкції і інструкцій з експлуатації конкретних апаратів в обсязі функціональних обов'язків;
- які уміють надати першу допомогу при ураженні електричним струмом.

2. Небезпечні і шкідливі виробничі чинники:

- електричний струм до 220 вольт в електричних апаратах і кабелях;
- тиск повітря і води до 6 кг/см² в компресорах, шлангах, трубах і апаратах;
- хімічні реактиви і препарати, які виділяють різні шкідливі гази;
- випромінювання кварцових ламп;
- підвищена температура стерилізаційних шаф і електронагрівальних приборів.

3. Вимоги електробезпеки:

- всі кабелі, виделки і розетки електрозабезпечення апаратів повинні бути без ушкоджень, а під час роботи апаратів їх нагрів не допускається;
- всі металеві корпуси електричних апаратів повинні бути надійно заземлені на контур заземлення. Кожен апарат заземляється своїм самостійним дротом або третім дротом усередині шнура забезпечення. При виявленні дефектів і при появі сумніву в безпеці апарату терміново відключити його від мережі і визвати інженера або спеціаліста „Медтехніки”;

- медичному персоналу забороняється виконувати будь-які ремонтні роботи апаратів.

4. Перед початком роботи:

- зовнішнім оглядом перевірити зіпсовану апаратуру і надійність її заземлення;
- при роботі з сильнодіючими речовинами (ефір, формалін, хлорамін, фенол, протакрил і т.п.), а також з кров'ю, слиною пацієнтів надягати засоби індивідуального захисту (рукавички, маску, окуляри і т.п.);
- при включенні електричної виделки в мережу впевнитися у відсутності пошкоджень шнура, виделки і розетки.

5. Під час роботи:

- постійно спостерігати за роботою апаратури і станом пацієнта;
- працювати тільки штатними швидкісними наконечниками і безшовними шнурами. Використання бормашини для зуботехнічних робіт категорично заборонено;
- при кварцюванні кабінету присутність в ньому без захисних окулярів заборонена;
- при обслуговуванні машин і апаратів обов'язково відключити їх від мережі.

6. У аварійних ситуаціях:

- при виявленні дефектів апаратів, ушкоджень кабелю, шнура, виделки, розетки, а також при появі сумніву в безпеці апаратів терміново відключити апарат від мережі;
- терміново повідомити адміністрацію про виявлені несправності або дефекти, визвати майстра з ремонту;
- при нещасному випадку негайно надати першу допомогу потерпілому.

7. Вимоги безпеки після закінчення роботи:

- від'єднати апаратуру від джерел електроенергії;
- привести в порядок обладнання і робоче місце, інструменти і пристосування.

Виписка з

1. До роботи допускаються особи які:

- мають середню освіту;
- у запроваджені строки пройшли медичний огляд;
- один раз на квартал проходять інструктаж з техніки безпеки;
- мають чистий та неушкоджений спец. одяг, засоби індивідуального захисту. Домашній та робочий одяг зберігають у різних шафах;
- пройшли увідний та первинний інструктаж по техніці безпеки, ознайомлені з графіком роботи відділення, функціональними обов'язками.

2. Перед початком робочого дня:

- медсестра, приходячи на роботу, повинна знімати особистий одяг та взуття і одягати халат, шапочку, змінне взуття і запобіжні застосування, передбачені нормами;

- розвішувати домашній одяг та спец. одяг у різних місцях, відведених для їх зберігання;
- медсестра повинна перевірити придатність апаратури, а у випадку виявлення дефектів негайно повідомити завідуючого відділенням, який повинен прийняти міри щодо усунення дефектів. Робити на такій апаратурі заборонено.

3. Під час роботи:

- виконувати роботу згідно функціональних обов'язків;
- під час роботи з хлорним вапном та іншими дезинфікуючими засобами дотримуватися правил безпеки від потрапляння їх на шкіру, слизові оболонки, органи дихання (необхідно працювати в респіраторній масці);
- під час контакту з хворим слідкувати за чистотою рук, спец. одягу;
- при контакті з кров'ю та іншими виділеннями необхідно проводити дезинфекцію;
- необхідно слідкувати за якістю дезрозчинів, не допускати використання старих, що втратили активність;
- робоче місце необхідно дотримувати в порядку;
- захищати руки від води і дезрозчинів гумовими рукавичками;
- при використанні електроприладів та електричного обладнання необхідно дотримуватись правил:
 - а) не залишати без нагляду включені електроприлади;
 - б) всі електронагрівальні прилади повинні стояти на гумовому килимкові;
 - в) при появі запаху горілого, диму або вогню електроприлади необхідно негайно виключити і повідомити про це завідуючому відділенням;
 - г) перед включенням електроприладів в мережу необхідно впевнитись у придатності електричної проводки і пускової апаратури (шнури, виделки, штепсельні розетки).
 - д) під час роботи стоматологічного обладнання його огляд, ремонт і чистка забороняються;
- медсестра в маніпуляційній повинна працювати у фартуху, рукавичках, масці;
- ватні кульки після в/в маніпуляцій необхідно знезаражувати в дезрозчині;
- ампули з ліками забороняється відкривати без пилочок та ватної кульки з метою запобігання поранень;
- канюлі одноразових штрикалок необхідно обережно обрізати ножицями, дотримуючись усіх заходів застереження від поранень, при відкритті флаконів з під стерильних розчинів використовувати спеціальні засоби;
- при виникненні інших непередбачуваних ситуацій негайно доповісти зав. відділенням, прийняти заходи для евакуації хворих та безпеки мед.персоналу.

4. У аварійній ситуації:

- викликати аварійну службу (пожежну команду, аварійні –тепло, -електро мережі);
- при неможливості негайної ліквідації або ліквідації небезпеки відключення електроживлення, поступу води та ін. забезпечити евакуацію хворих, персоналу;
- при виникненні аварійних ситуацій доповісти адміністрації.

5. По закінченню роботи:

- перевдягтися, спец. одяг розмістити у спеціально відведений шафі;
- доповісти завідувачому відділенням про несправності апаратури, сигналізації, порушення техніки безпеки.

Додаток

Витяг з „*Інструкції по охороні праці при використанні електрообладнання*”

1. Загальні положення.

1.1. При використанні електроприладів необхідно пам'ятати, що електричний струм напругою 220 В і силою 0,1 ампер – небезпечний для життя, тому при роботі з електроприладами необхідно користуватися правилами.

2. Вимоги безпеки перед початком роботи

2.1. Перед увімкненням електроприладу вмережу необхідно впевнитися у справності електрошнуру, штепсельної вилки та електророзетки. Вказані деталі не повинні мати несправностей, ушкоджень ізоляції, послаблення прикріплення електророзетки і електропилки.

2.2. Усі лікувальні, діагностичні електроприлади, а також електромеханізми для запобігання накопичення в них статичного електричного струму, а також у разі замикання на корпус повинні бути заземлені, тобто з'єднанні з контуром заземлення або нульовим дротом у 3-полюсній електророзетці.

3. Вимоги безпеки під час роботи.

3.1. Під час роботи забороняється:

- залишати без нагляду увімкнені в мережу електроприлади;
- вмикати в електромережу прилади з пошкодженою ізоляцією, потрісканою керамікою, пошкодженим корпусом і без надійної вогнестійкої підставки;
- витягати за шнур штепсельну вилку, братися мокрими руками за штепсельне з'єднання, рубильники або кнопки пускача, а також витирати вологими ганчірками електрод роти, електролампи та електроприлади, які знаходяться під напругою;
- допускати попадання води на електромотори, електроперетворювачі струму;
- брати інструмент з увімкненого у мережу стерилізатора, або якщо він стоїть на увімкненій плитці;

- користуватися електроприладами без діелектричного килимка, з простроченим строком перевірки засобів індивідуального захисту (діелектричні колоші, рукавички, електричний інструмент з ізоляційною рукояткою);
- знаходитись в операційній у вовняному або синтетичному одязі;
- замінювати електролампи при увімкненій напрузі.

При виявленні обірваних електропроводів доторкатися до них заборонено. За ділянкою розриву необхідно встановлювати спостереження та викликати електромонтера.

4. Вимоги безпеки після закінчення роботи.

4.1. Відключити електроприлади з мережі, відключити рубильник.

4.2. Санітарну обробку проводити тільки при вимкненому електричному обладнанні.

5. Вимоги безпеки в аварійних випадках

5.1. У разі появи характерного запаху горілої ізоляції, диму негайно вимкнути з мережі електрообладнання і повідомити зав. відділенням.

5.2. При виникненні пожежі:

- вимкнути електричне живлення;
- ввести в дію вогнегасник і за його допомогою приступити до гасіння пожежі;
- у разі неможливості самостійно ліквідувати пожежу, викликати пожежну команду по тел. – 01, повідомити адміністрацію, чи чергового лікаря.

Надання першої медичної допомоги при виявленні потерпілого від струму.

В першу чергу потерпілого необхідно відокремити від струмоведучих частин, для цього вдягнувши рукавички або через суху ганчірку, за допомогою сухої жердини прибрати струмопровідний провід або перерубати його сокирою, але не дозволяючи при цьому перерубування двох проводів одночасно. Відокремити потерпілого від джерела струму можливо також і за сухі частини одягу, не дозволяється братися за оголені ділянки тіла.

Потерпілого необхідно звільнити від стискаючого його одягу.

При відсутності дихання робити штучне дихання методом „рот в рот” і „рот в ніс” і терміново викликати лікаря-реаніматолога.

При виконанні штучного дихання голову хворого закинути назад, за допомогою носової хусточки витягти язик, і наклавши хусточку на рот зробити енергійний вдих з інтервалом 1-2 секунди.

Відсутність ознак життя у потерпілого ще не говорить про його смерть.

Витяг з „Інструкції по забезпеченню правил пожежної безпеки в приміщенні медичного закладу”.

З метою запобігання пожеж в приміщеннях медичного закладу забороняється:

1. Загромадження шляхів евакуації на випадок пожежі, підступи до первинних засобів гасіння пожеж.
2. Складання на сходах, клітках, коридорах меблів, господарчого майна та інших речей.
3. Залишати без догляду включені в електромережу радіоприймачі, комп'ютери, настільні лампи, вентилятори, друкарські машини, освітлення та інші електроприлади.
4. Залишати після закінчення роботи відкритими вікна кабінетів, двері, шафи, сейфи.
5. Користуватись у службових приміщеннях електрочайниками, кип'ятильниками та іншими нагрівальними приладами.
6. Паління у службових кабінетах, туалетних кімнатах, коридорах та вестибулях.
7. Перебування в службових приміщеннях працівників після годин праці, крім випадків коли видаються спеціальні розпорядження.

Керівники структурних підрозділів несуть персональну відповідальність за виконання правил пожежної безпеки у відповідних приміщеннях та виконання вимог даної інструкції підлеглими працівниками.

Працівники зобов'язані:

1. Знати правила пожежної безпеки, безумовно їх використовувати.
2. Палити тільки у спеціально відведених місцях.
3. Вміло користуватися засобами пожежегасіння, не допускати їх використання не за призначенням.
4. Брати участь у вивченні програми пожежно-технічного мінімуму на заняттях з пожежної безпеки.
5. У випадку пожежі негайно визвати по телефону 01 пожежну частину, брати участь у гасінні пожежі первинними засобами пожежегасіння.

Додаток

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»**

СТОМАТОЛОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ

**ЩОДЕННИК
ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ З МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ У
СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ
СТУДЕНТА ІІ КУРСУ**

(прізвище, ім'я, по батькові)

Полтава

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»
Стоматологічний факультет

ЩОДЕННИК
з виробничої практики студента

Прізвище _____

Ім'я _____

По батькові _____

Курс _____

Група _____

Спеціальність _____

Клінічна база _____

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
"УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ"
ДЕКАНАТ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ
вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 36024 Тел. 7-49-29. факс 2-76-70

НАПРАВЛЕННЯ на виробничу практику

Студент _____
(прізвище, ім'я, по батькові)

направляється на _____ практику в
(вид практики)

місто _____

на клінічну базу _____
(назва лікувального закладу)

Термін практики: з _____ по _____ 20__ р.

Керівник практики від ВУЗу _____
(прізвище, ім'я, по батькові, посада)

М.П.

Завідувач виробничої практики

на стоматологічному факультеті _____
(підпис)

Керівник практики від лікувального закладу _____

(прізвище, ім'я, по батькові, посада)

Прибув на підприємство

М.П. «__» _____ 20__ р.

Підпис відповідальної особи _____

Вибув з підприємства

М.П. «__» _____ 20__ р.

Підпис відповідальної особи _____

ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ ТА МАНІПУЛЯЦІЇ

ДЛЯ СТУДЕНТІВ ІІ КУРСУ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ
НА ВИРОБНИЧІЙ ПРАКТИЦІ З МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ
У СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ

Практичні навички та маніпуляції	Заплановано	Виконано
Відпрацьовано днів.	10	
1. Забезпечення санітарно-протиепідемічного режиму в приміщеннях стоматологічної клініки:		
1.1. Прибирання приміщень:		
1.1.1. Поточне;	20	
1.1.2. Генеральне;	2	
1.2. Обробка робочої поверхні стоматологічного столика лікаря, стоматологічних крісел (після кожного пацієнта);	40–45	
1.3. Обробка стоматологічних установок і обладнання.	20	
2. Профілактика гепатиту, ВІЛ-інфекцій та інших внутрішньолікарняних інфекцій, які передаються парентеральним шляхом:		
2.1. Інструктаж із техніки безпеки та охорони праці під час роботи з біологічним матеріалом;	1	
2.2. Гігієнічна дезінфекція рук;	5	
2.3. Хірургічна обробка рук (допомога лікарю в оперативних втручаннях);	2	
2.4. Заходи при пораненнях, контакті з кров'ю, іншими біологічними матеріалами пацієнта;	за необхідністю	
2.5. Специфічна профілактика інфекцій, що передаються парентеральним шляхом.	за необхідністю	
3. Організація та забезпечення дезінфекційно-стерилізаційного режиму в стоматологічній клініці:		
3.1. Обробка виробів медичного призначення:		
3.1.1. Дезінфекція виробів медичного призначення:	10	
3.1.1.1. Фізичний метод;	5	
3.1.1.2. Хімічний метод;	5	
3.1.2. Передстерилізаційне очищення;	10	
3.1.3. Стерилізація:	10	
3.1.3.1. Паровий метод;	3	
3.1.3.2. Повітряний метод;	4	
3.1.3.3. Хімічний метод;	2	
3.1.3.4. У гласперленовому стерилізаторі;	1	
3.1.4. Контроль якості передстерилізаційного		

очищення виробів медичного призначення:	20	
3.1.4.1. Азопірамова проба;	10	
3.1.4.2. Фенолфталеїнова проба;	10	
3.2. Обробка індивідуальних стоматологічних наборів;	1	
3.3. Дезінфекція стоматологічних наконечників.	20	
4. Надання долікарської невідкладної допомоги.	за необхідністю	
5. Допомога лікареві у прийомі хворих:		
5.1. Перевірка наявності та термінів збереження медикаментів у флаконах;	10	
5.2. Перевірка наявності інструментарію для прийому хворих;	10	
5.3. Замішування пломбувального матеріалу;	5	
5.4. Приготування перев'язочного матеріалу (серветки, тампони тощо);	1	
5.5. Асистування при амбулаторних оперативних втручаннях;	2	
5.6. Підготовка хворого у кріслі та амбулаторної картки до прийому лікаря.	40–45	
6. Рентгенографія зубів та щелеп.	5	
7. Фізіотерапевтичні процедури:		
7.1. УВЧ-терапія;	1	
7.2. УФО-терапія;	1	
7.3. Дарсонвалізація;	1	
7.4. Електрофорез лікарських засобів;	5	
7.5. Гідротерапія.	1	
8. Ведення медичної документації:		
8.1. Заповнення амбулаторної карти пацієнта;	40–45	
8.2. Заповнення журналів профілактичного огляду;	1	
8.3. Заповнення статистичних талонів;	1	
8.4. Заповнення картки диспансерного спостереження.	1	
9. Етика та деонтологія:		
9.1. Бесіда з хворими;	10	
9.2. Участь у проведенні сестринських конференцій;		реферат санітарний бюлетень
9.3. Санітарно-просвітня робота.		
10. Техніка безпеки та протипожежної безпеки:		
10.1. Підготовка до роботи стоматологічної установки;	10	
10.2. Контроль справності та своєчасності налагодження обладнання.	10	

ЛІТЕРАТУРА

1. Безруков В.М. Справочник по стоматологии. – М.: Медицина, 1998. – 656 с.
2. Безвестный Г.В., Юшманова Т.Н. Противоэпидемическая готовность ортопедической стоматологической службы в условиях угрозы эпидемии СПИД (вопросы организации обучения студентов и ведения клинического приема) // Стоматология. -№ 2. -1993. –С. 69-70.
3. Борисенко А.В. Организация работы врача-стоматолога и возможные профессиональные вредности // Стоматолог. -2000. -№ 5. –С.48-51.
4. Вагнер В.Д., Митянина Т.В., Савельева С.Р. Санитарно-эпидемиологический режим в стоматологии. – М.: Мед. книга, Н.Новгород: Из-во НГМА, 2002. -64 с.
5. Волкова А.С., Анашкин В.В., Камчатный Г.И. Организация работы частного стоматологического кабинета (вопросы, проблемы и пути их решения) / Под ред. А.С.Волковой. – Харків: Курсор, 2002. -208 с.
6. Генчиков Л.А. Распространение внутрибольничных инфекций // В кн.: Профилактика внутрибольничных инфекций. – М.: ТОО «Рарогъ», 1993. –С. 11-14.
7. Гигиенические аспекты в стоматологии / А.С.Фаустов, А.А.Кунинин, А.Н.Пашков и др. – Воронеж, 1995. -35 с.
8. Гипохлорит натрия: широкие возможности в стоматологии / Г.И. Рачитский, В.П.Чуев, Р.Х. Камалов и др. // Стоматолог. -2001. -№ 6. –С. 36-39.
9. Гудзь О.В. Хлорактивні дезінфекційні засоби. Спектр протимікробної дії та застосування у закладах охорони здоров'я // Фармакологічний вісник. -1997. -№ 3. –С. 30-33.
10. Дезинфекция, предстерилизационная обработка и стерилизация в клинике ортопедической стоматологии / В.М.Семенюк, В.Д.Вагнер, А.Р.Мясоутова и др. – Омск, 1991. -11 с.

11. Дезинфекция, предстерилизационная очистка, стерилизация и меры защиты на стоматологическом приеме / С.В. Савельев, В.Д. Вагнер, В.М. Семенюк и др. – Омск, 1999. -31 с.
12. Инструкция по режиму работы в стоматологическом кабинете. – М., 1993. -2 с.
13. Калинин В.И. Медицинская сестра отделения терапевтической стоматологии. – М.: Медицина, 1984. -134с.
14. Катаева В.А. Профилактика внутрибольничных инфекций в стоматологии. – М., 1990. -20 с.
15. Килин В.Ф., Шаева В.М. Рабочее место медицинской сестры // Стоматология. -1982. -№ 2. –С. 29-30.
16. Коутс Э.А., Уоми Л., Логан Р. Гепатит С – проблема заражения в стоматологической практике // Стоматолог. -2002. -№ 2. –С. 22-24.
17. Кроузер Д., Чиппинг Д. Контроль за перекрестной инфекцией в общей стоматологической практике. – М.: Квинтэссенция, 1994. -132 с.
18. Кунин А.А., Шумилович Б.Р., Степанов Н.Н. Перекрестная инфекция в клинике терапевтической стоматологии. – Липецк, 1995. -15 с.
19. Лурье Т.М. СПИД – проблемы эпидемиологии и профилактики // Новое в стоматологии. -1993. -№ 6. –С. 9-20.
20. Максимовский Ю.М. Организация и оборудование стоматологического кабинета // В кн.: Терапевтическая стоматология: Учебник / Е.В.Боровский, В.С.Иванов, Ю.М.Максимовский, Л.Н.Максимовская / Под ред. проф. Е.В.Боровского, проф. Ю.М.Максимовского – М.: Медицина, 2002. -С. 14-20.
21. Медведев Ю.Э. Телескопические очки для стоматологов // Стоматология для всех. -1999. -№ 1. –С. 50-52.
22. Медицинская микробиология / Под ред. В.И. Покровский, О.К. Позеев – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. -1200 с.
23. Методические рекомендации по контролю стерильности изделий медицинского назначения: Приложение № 6 к приказу Минздрава

- СССР № 60 от 17.01.1979г. // Сборник важнейших официальных материалов по вопросам дезинфекции, стерилизации, дезинсекции, дератизации. В 6-ти томах. Т.3. – М.: ТОО «Рарогъ», 1994. –С. 251-272.
24. Методические указания по контролю работы паровых и воздушных стерилизаторов № 15/6-5 от 28.02.91г. // Сборник важнейших официальных материалов по вопросам дезинфекции, стерилизации, дезинсекции, дератизации. В 6-ти томах. Т.3. –М.: ТОО «Рарогъ», 1994. –С. 293-329.
25. Методичні рекомендації, узгоджені Департаментом організації медичної допомоги населенню МОЗ України з інфекційного контролю у стоматології від 2.04.2004 р., -К., 2004. -35 с.
26. 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.
27. Небесный К.С. Основы гигиены труда медицинского персонала в стоматологических клиниках // Стоматолог. -2001. -№ 6. –С. 40-44.
28. Николаев И.В., Сазонова Е.В. Установки серии «Microdent» простота и функциональность // Стоматология для всех. -2001. -№ 1. –С. 36-38.
29. Николаев А.И., Цепов Л.М. Санитарно-гигиенический режим в терапевтических стоматологических кабинетах (отделениях). – М.: МЕДпресс-информ, 2002. -78 с.
30. Николишин А.К., Миколайчук А.М. Методы и режимы обработки эндодонтических инструментов / В кн.: Николишин А.К. Современная эндодонтия практического врача. – Полтава, 2003. –С. 66-73.
31. Организация санитарно-гигиенического и дезинфекционно-стерилизационного режимов в учреждениях стоматологического профиля: Методическое письмо. – М., 1995. -11 с.
32. Павлов Е.Х. Охрана труда в учреждениях здравоохранения. – М.: Космо, 1999. -506 с.

33. Паровые стерилизаторы. – М.:, 1997. -6 с.
34. Рамкова Н.В. Методы, средства и режимы стерилизации // В кн.: Профилактика внутрибольничных инфекций. – М.: ТОО «Рарогъ», 1993. –С. 172-178.
35. Самойлович В.А. СПИД в стоматологии //Медсестра. -1990. -№ 3. –С. 27-29.
36. Санитарно-гигиенический и противоэпидемический режим в учреждениях стоматологического профиля /В.В.Анашкин, Н.А. Анашкина, С.Д.Волков и др. – К.: Транспорт Украины, 1999. 158с.
37. Санітарно-протиєпідемічний режим у лікувально-профілактичному закладі. Дезінфекція і стерилізація // У кн.: Сестринська справа: Підручник / Г.Л.Апанасенко, С.А.Богуш, Н.М.Тросцінська та ін. /За ред. М.Г. Шевчука. – К.: Здоров'я. -1994. -496 с.
38. Синяк К.М., Гирін В.М. Епідеміологія. – К.: Здоров'я, 1998. -480 с.
39. СПИД и тактика стоматолога /Т.С. Чемикосова, С.С. Белозерова, В.А.Кадырова и др. //Клиническая стоматология. -1997. -№ 3. –С. 29.
40. Сукманський О.І. Пріони – новий вид збудника смертельних хвороб людини та тварин // Вісник стоматології. -2001. -№ 2. –С. 71-74.
41. Трезубов В.Н., Мишнев Л.М., Соловьев М.М., Краснослабодцева О.А. Стоматологический кабинет: оборудование, материалы, инструменты: Учебное пособие для мед. вузов / Под ред. проф. В.Н.Трезубова. -СПб.: Спец. лит., 2002. -142 с.
42. Хазанова В.В.и др. Стоматологи, осторожно СПИД! //Стоматология. - 1990. -№ 1. –С. 4.
43. Харченко О.И., Покровский В.В. Состояние полости рта у лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека // Стоматология. -1989. -№ 5. –С. 25-28.
44. Цепов Л.М. Стоматологические аспекты СПИДа и информированность студентов и врачей // Стоматология. -1990. -№ 2. –С. 82-83.

45. Чиликин В.Н. Подготовка и организация рабочего места // В кн.: В.Н. Чиликин. Новейшие технологии в эстетической стоматологии. –М.: ГУП НИКИЭТ, 2001. –С. 8-18
46. Юшманова Т.Н., Пантелеева П.Г. Содержание микроорганизмов на оттисках после дезинфекции их методом погружения в растворы гипохлорита натрия // Стоматология. -1998. -№ 1. –С. 48.
47. Ющук Н.Д., Мартынов Ю.В. Проблемы ВИЧ-инфекции в стоматологии. – М.: ВЭДИ, 2003. -96 с.