

ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ



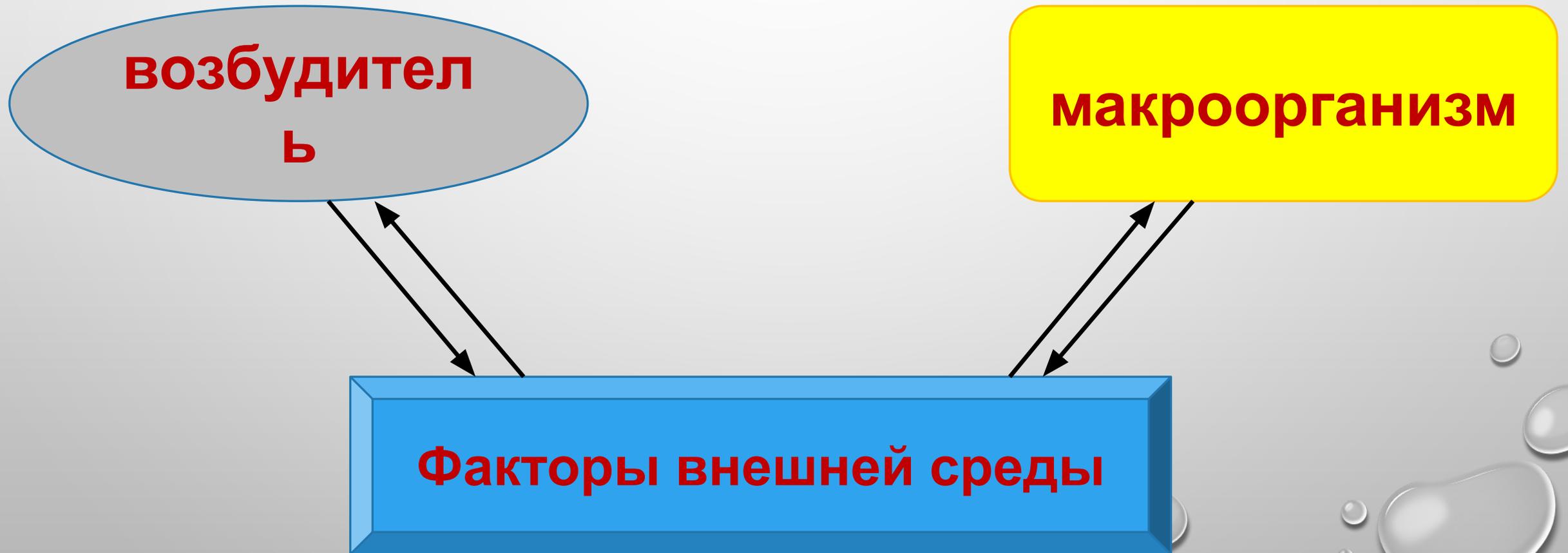
В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ЧТО ТАКОЕ ВБИ ?

- **ЭТО ЛЮБОЕ КЛИНИЧЕСКИ РАСПОЗНАВАЕМОЕ ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРОЕ ПОРАЖАЕТ БОЛЬНОГО В РЕЗУЛЬТАТЕ ЕГО ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ИЛИ ПОСЕЩЕНИЯ ЛПУ С ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ИЛИ МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ, В СИЛУ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ИМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, НЕЗАВИСИМО ОТ ТОГО, ПРОЯВЛЯЮТСЯ ИЛИ НЕ ПРОЯВЛЯЮТСЯ СИМПТОМЫ ЭТОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ВО ВРЕМЯ НАХОЖДЕНИЯ ДАННЫХ ЛИЦ В БОЛЬНИЦЕ**

• ИНФЕКЦИЯ СЧИТАЕТСЯ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ, ЕСЛИ ОНА ВПЕРВЫЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ 48 (72) ЧАСОВ ИЛИ БОЛЕЕ ПОСЛЕ НАХОЖДЕНИЯ В БОЛЬНИЦЕ, ПРИ УСЛОВИИ ОТСУТСТВИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЭТИХ ИНФЕКЦИЙ В МОМЕНТ ПОСТУПЛЕНИЯ И ИСКЛЮЧЕНИЯ ВЕРОЯТНОСТИ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА

**ВБИ МОЖНО РАССМАТРИВАТЬ КАК ЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ
ИНФЕКЦИИ С УЧАСТИЕМ ИЗВЕСТНЫХ ТРЕХ ФАКТОРОВ -
ВОЗБУДИТЕЛЬ, МАКРООРГАНИЗМ, УСЛОВИЯ ВНЕШНЕЙ
СРЕДЫ**



АКТУАЛЬНОСТЬ ВБИ

1. ЗНАЧИТЕЛЬНО УДЛИНЯЮТ СРОКИ ПРЕБЫВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ЛПУ
2. ПРИВОДЯТ К УДОРОЖАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ
3. УХУДШАЮТ РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
4. УВЕЛИЧИВАЮТ ДОЛЮ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ



РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВБИ

В РОССИИ:

- 2-2,5 МЛН. СЛУЧАЕВ ЗАРАЖЕНИЯ ВБИ В ГОД;
- ПРИЧИНА КАЖДОГО 12-ГО СМЕРТЕЛЬНОГО СЛУЧАЯ В БОЛЬНИЦЕ – ВБИ;
- 30-35% ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ОСЛОЖНЯЕТСЯ ВБИ;
- ПРИЧИНА 40% СЛУЧАЕВ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ – ВБИ;
- УРОВЕНЬ БАКТЕРИОНОСИТЕЛЬНОСТИ СРЕДИ МЕДПЕРСОНАЛА РАЗНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ – ОТ 39 ДО 98%;
- ПРИЧИНА 50% СЛУЧАЕВ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЕДПЕРСОНАЛА ЛПУ – ВБИ.

МОЖНО ВЫДЕЛИТЬ ПАЦИЕНТОВ, ПОРАЖЕННЫХ ВБИ:

- **ИНФИЦИРОВАННЫЕ В СТАЦИОНАРАХ;**
- **ИНФИЦИРОВАННЫЕ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ
УЧРЕЖДЕНИЯХ;**
- **МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ, ЗАРАЗИВШИЙСЯ ПРИ ОКАЗАНИИ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ В ЛЮБОМ ЛПУ**

ГРУППА РИСКА — ПРОФЕССИЯ "СТОМАТОЛОГ"

- СРЕДИ ЛЮДЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ПРОФЕССИЙ, ВРАЧИ-СТОМАТОЛОГИ ПОДВЕРЖЕНЫ РИСКУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО.**
- ДО 50 % ЗАБОЛЕВАНИЙ ИНФЕКЦИОННОЙ ПРИРОДЫ ВОЗНИКАЮТ У НИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

СПЕЦИФИКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВБИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ:

- 1. ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЗА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ (КАЖДОЕ 6 ОБРАЩЕНИЕ В АПУ СВЯЗАНО С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ);**
- 2. ДЛИТЕЛЬНЫЙ И БЛИЗКИЙ КОНТАКТ ВРАЧА С ПАЦИЕНТОМ ВО ВРЕМЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ;**
- 3. ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ В СТОМАТОЛОГИИ: ПОСТОЯННЫЙ КОНТАКТ С КРОВЬЮ, ГНОЕМ, СЛЮНОЙ, СОДЕРЖИМЫМ ДЕСНЕВЫХ БОРОЗДОК, КОРНЕВОГО КАНАЛА И ЗУБНОГО**

4. РАБОТА КОЛЮЩЕ-РЕЖУЩИМИ ИНСТРУМЕНТАМИ, ОБРАЗОВАНИЕ АЭРОЗОЛЕЙ, СОСТОЯЩИХ ИЗ МЕЛЬЧАЙШИХ КАПЕЛЬ МАСЛА, ВОДЫ, ПЫЛИ, ГНОЯ, КРОВИ, СЛЮНЫ, МИКРООРГАНИЗМОВ, ПРИ РАБОТЕ ВЫСОКОСКОРОСТНЫМИ ТУРБИНАМИ, БОРМАШИНАМИ И УЛЬТРАЗВУКОВЫМИ ПРИБОРАМИ;

5. НЕДОСТАТОЧНАЯ МАССОВАЯ САНАЦИЯ ЛЮДЬМИ ПОЛОСТИ РТА;

6. ШИРОКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ В ПРАКТИКЕ НАРУЖНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ (ДИМЕФОСФОН, ХЛОРГЕКСИДИН, БИГЛЮКОНАТ, ЙОДИНОЛ, ФУРАЦИЛИН И ДР.), НЕРЕДКО СОДЕРЖАЩИХ УСЛОВНО-ПАТОГЕННУЮ МИКРОФЛОРУ И ГРИБЫ РОДА CANDIDA:

- 7. ШИРОКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНТИБИОТИКОВ;**
- 8. ВЫСОКИЙ УДЕЛЬНЫЙ ВЕС ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ;**
- 9. БОЛЬШОЕ ЧИСЛО БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ВБИ У КОТОРЫХ ВЫШЕ, ЧЕМ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ФОРМАМИ;**
- 10. ПРИМЕНЕНИЕ ДРЕНАЖЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ**

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РОСТА ВБИ В СП

- НЕСОБЛЮДЕНИЕ ВРАЧАМИ ПРАВИЛ ЛИЧНОЙ ГИГИЕНЫ;
- ПРЕНЕБРЕЖЕНИЕ ДЕЗИНФЕКЦИЕЙ ИНСТРУМЕНТОВ;
- ОТСУТСТВИЕ ДЕЗИНФЕКЦИИ ВОЗДУХА;
- НЕПРАВИЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ДЕЗИНФЕКТАНТОВ;
- УСТОЙЧИВОСТЬ МИКРОФЛОРЫ КАБИНЕТОВ К ДЕЗИНФЕКТАНТАМ, ХИМИОПРЕПАРАТАМ И АНТИБИОТИКАМ;
- ОТСУТСТВИЕ ДЕЗИНФЕКЦИИ ОБОРУДОВАНИЯ И ПРЕДМЕТОВ ОБСТАНОВКИ КАБИНЕТОВ;

- ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕСВЕЖЕЙ ДИСТИЛЛИРОВАННОЙ ВОДЫ;
- ОТСУТСТВИЕ РЕГУЛЯРНОГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ПРОВОДИМЫХ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ (МОЙКИ, ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОЧИСТКИ, ДЕЗИНФЕКЦИИ И СТЕРИЛИЗАЦИИ);
- НЕСВОЕВРЕМЕННАЯ СМЕНА СПЕЦОДЕЖДЫ И ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПОЛОТЕНЕЦ;
- ОТСУТСТВИЕ СРЕДСТВ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ — МАСОК, ПЕРЧАТОК, ОЧКОВ;
- НЕПРАВИЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СИЗ.

ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ МОЖНО РАЗДЕЛИТЬ НА ДВЕ ОСНОВНЫЕ ГРУППЫ:

1. ТРАДИЦИОННЫЕ ИНФЕКЦИИ (ДО 25 %), ТАКИЕ КАК ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ, ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ, ТУБЕРКУЛЕЗ, ДИФТЕРИЯ И Т.Д. ОНИ ВОЗНИКАЮТ ПОСЛЕ ЗАНОСА ВОЗБУДИТЕЛЯ НОСИТЕЛЯМИ ИНФЕКЦИИ ИЛИ БОЛЬНЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИНФЕКЦИЙ В СОСТОЯНИИ РЕМИССИИ (ПЕРИОД МЕЖДУ ОБОСТРЕНИЯМИ).

2. ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ (75 % И БОЛЕЕ), КОТОРЫЕ ВОЗНИКАЮТ ВНУТРИ ДАННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ИНФИЦИРОВАНИЯ С ПОМОЩЬЮ ПЛОХО ОБРАБОТАННОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ ИЛИ ЧЕРЕЗ РУКИ МЕДПЕРСОНАЛА ПРИ ЭТОМ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ МИКРООРГАНИЗМЫ, КОТОРЫЕ

ВОЗБУДИТЕЛИ ВБИ

- ОБЛИГАТНО-ПАТОГЕННЫЕ МИКРООРГАНИЗМЫ
- УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫЕ МИКРООРГАНИЗМЫ

Структура ВБИ

```
graph TD; A[Структура ВБИ] --> B[Гнойно-септическая инфекция (ГСИ) – 75%]; A --> C[Кишечные инфекции – 7 - 12%]; A --> D[Вирусные инфекции – 7 %]; A --> E[Другие инфекции – 7 %];
```

Гнойно-септическая инфекция (ГСИ) – 75%

В хирургических стационарах
в настоящее время
преобладают Gr-отрицательные,
в основном

Pseudomonas aeruginosa (до 70% ГСИ)

Кишечные инфекции – 7 - 12%

Вирусные инфекции – 7 %

Другие инфекции – 7 %

К ВБИ В ЛПУ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ОТНОСЯТСЯ

- АЛЬВЕОЛИТЫ,
- ОСТРЫЕ ПЕРИОСТИТЫ
- ОСТЕОМИЕЛИТЫ,
- АБСЦЕССЫ,
- ФЛЕГМОНЫ

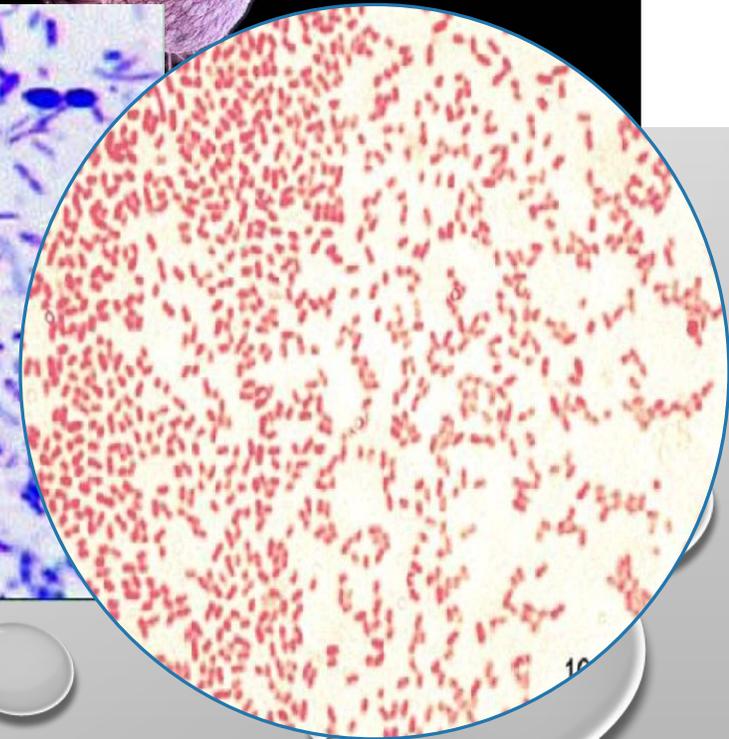
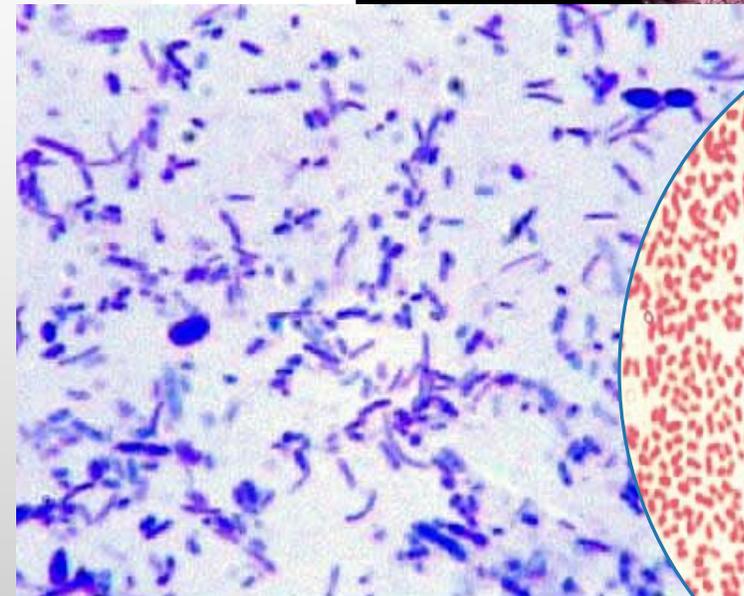
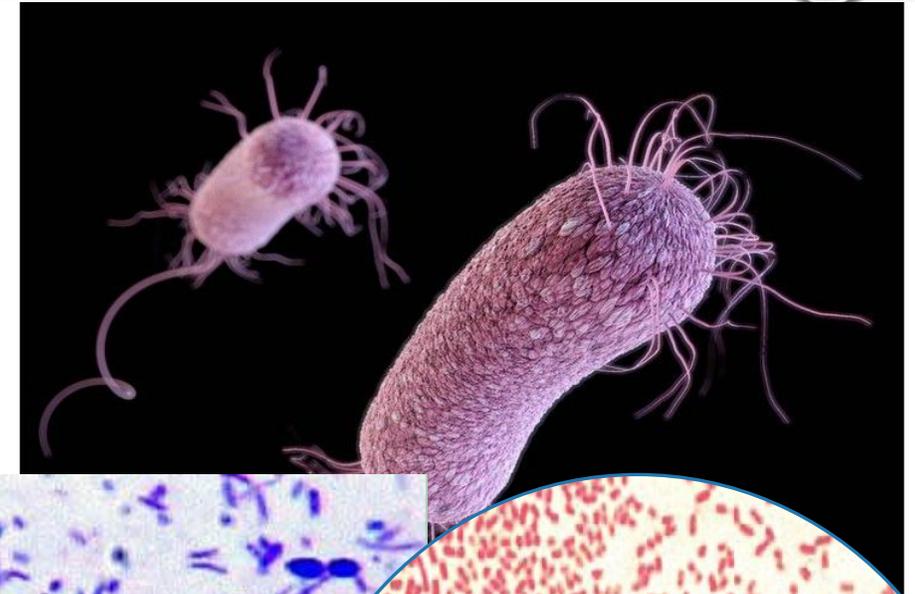


ИСТОЧНИКИ ВБИ

- **ИСТОЧНИКИ: ПАЦИЕНТЫ, ПОСЕТИТЕЛИ, ПЕРСОНАЛ ЛПУ, РЕДКО ЖИВОТНЫЕ (МЫШИ, КРЫСЫ, НАСЕКОМЫЕ)**
- **СОСТОЯНИЕ ИСТОЧНИКОВ ВБИ: БОЛЬНЫЕ, БАКТЕРИОНОСИТЕЛИ**

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ВОЗБУДИТЕЛИ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ В РФ

- **PSEUDOMONAS AERUGINOSA (28,8%),**
- **ESCHERICHIA COLI (21,4%),**
- **KLEBSIELLA PNEUMONIAE (16,7%),**
- **PROTEUS MIRABILIS (9,7%),**
- **ENTEROBACTERSPP. (8,2%),**
- **ACINETOBACTERSPP. (7,7%),**
- **CITOBACTERSPP. (1,6%),**
- **MORGANELLA MORGANI (1,0%),**
- **PROTEUS VULGARIS (1,0%),**
- **SERRATIA MARCESCENS (0,9%).**



ФПМ В ЛПУ ПРИОБРЕТАЕТ ОСОБЫЕ СВОЙСТВА ГОСПИТАЛЬНОГО ШТАММА

Госпитальный штамм — это микроорганизм, изменившийся в результате циркуляции в отделении по своим генетическим свойствам, в результате мутаций или переноса генов (плазмид) обретший некоторые несвойственные «дикому» штамму характерные черты, позволяющие ему выживать в условиях стационара.

ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ГОСПИТАЛЬНЫХ ШТАММОВ

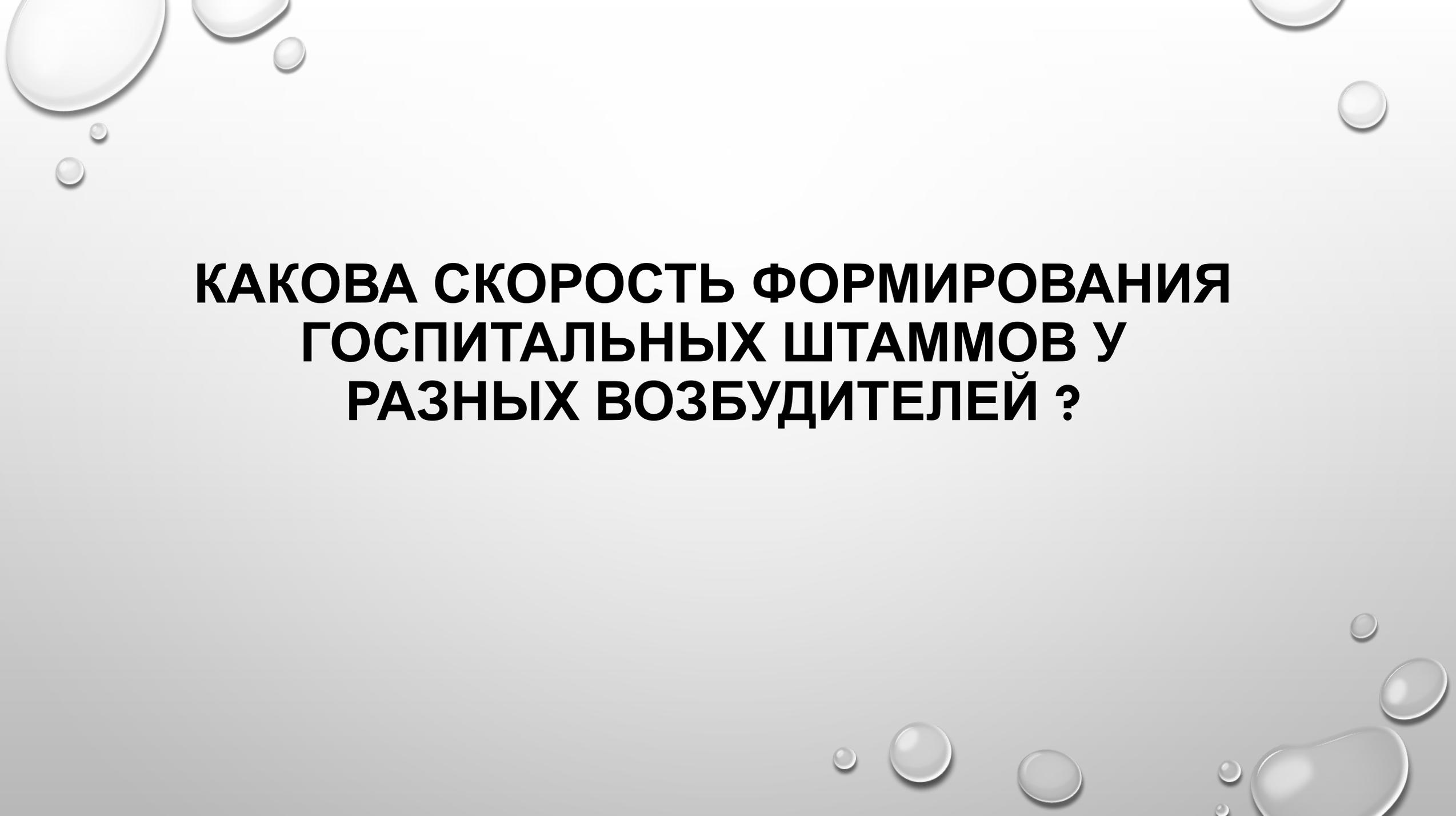
- **СПОСОБНОСТЬ К БЫСТРОЙ КОЛОНИЗАЦИИ (НЕСКОЛЬКО ЧАСОВ).**
- **МНОЖЕСТВЕННАЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ (ПРИЧИНЫ – БЕСКОНТРОЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АБ, ПАССАЖИ ОТ ПАЦИЕНТА К ПАЦИЕНТУ).**
- **УСТОЙЧИВОСТЬ К ДЕЗИНФЕКТАНТАМ И АНТИСЕПТИКАМ (ДОЛЖНА БЫТЬ РОТАЦИЯ ДЕЗСРЕДСТВ 1 РАЗ В 3 МЕС.).**
- **УСТОЙЧИВОСТЬ В ВЫСУШИВАНИЮ, УФ-ОБЛУЧЕНИЮ ОСОБЕННО В ОРГАНИКЕ (ВЫДЕЛЕНИЯ БОЛЬНОГО).**

• **ПОВЫШЕННАЯ КОНТАГИОЗНОСТЬ – СПОСОБНОСТЬ ПЕРЕДАВАТЬСЯ ОТ ОДНОГО БОЛЬНОГО К ДРУГОМУ В БОЛЬНИЧНЫХ УСЛОВИЯХ (ГОСПИТАЛЬНЫЙ ШТАММ ДОЛЖЕН, КАК СЧИТАЮТ, ВЫЗВАТЬ КАК МИНИМУМ ДВА СЛУЧАЯ КЛИНИЧЕСКИ ВЫРАЖЕННОЙ ВБИ.**

• **ЦИКЛИЧЕСКИЕ КОЛЕБАНИЯ СОСТАВА ПОПУЛЯЦИИ ГОСПИТАЛЬНОГО ШТАММА:**

А) В ПЕРИОД МЕЖДУ ВСПЫШКАМИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПОПУЛЯЦИЯ ГОСПИТАЛЬНОГО ШТАММА СОСТОИТ ИЗ МНОЖЕСТВА КЛОНОВ, ОТЛИЧАЮЩИХСЯ ДРУГ ОТ ДРУГА РАЗЛИЧНЫМИ СВОЙСТВАМИ

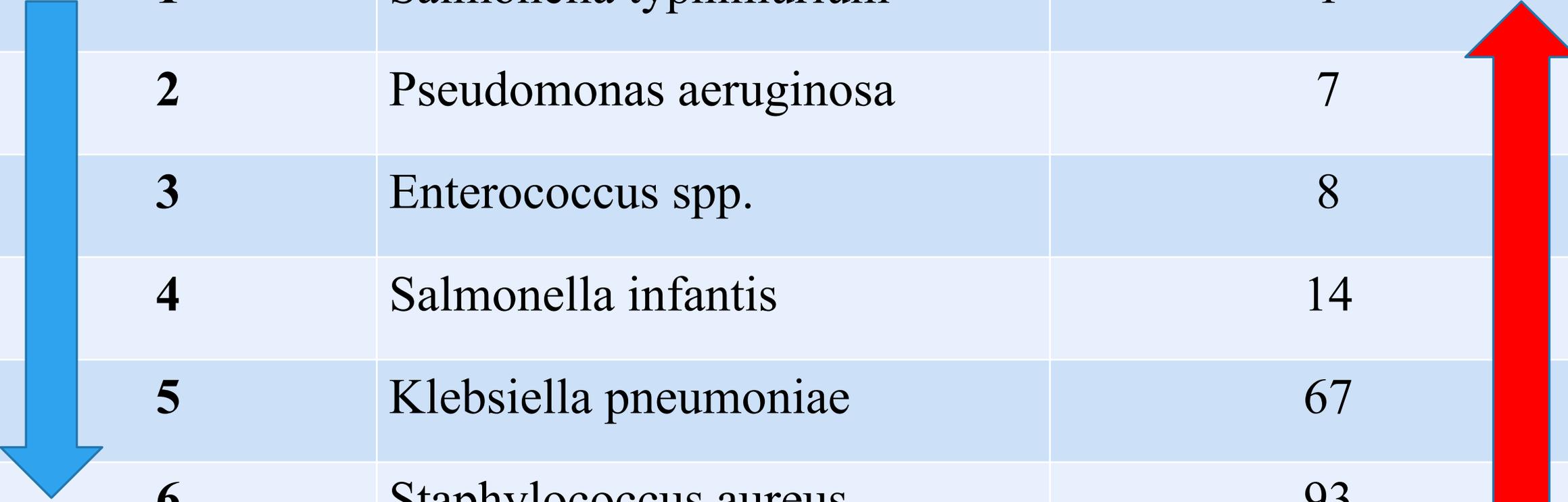
Б) ПРИ ВСПЫШКЕ ВБИ ФОРМИРУЕТСЯ ОДИН ДОМИНИРУЮЩИЙ КЛОН, КОТОРЫЙ МОЖЕТ СОСТАВЛЯТЬ ДО 60% И БОЛЕЕ ВСЕЙ ПОПУЛЯЦИИ



**КАКОВА СКОРОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ
ГОСПИТАЛЬНЫХ ШТАММОВ У
РАЗНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ?**

ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ И СКОРОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ ГОСПИТАЛЬНОГО ШТАММА

Эпидемический потенциал	Вид возбудителя	Сроки формирования ГШ (дни)
1	<i>Salmonella typhimurium</i>	1
2	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	7
3	<i>Enterococcus spp.</i>	8
4	<i>Salmonella infantis</i>	14
5	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	67
6	<i>Staphylococcus aureus</i>	93



МЕХАНИЗМЫ ПЕРЕДАЧИ ВБИ

1. **КЛАССИЧЕСКИЕ** (ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫЙ, ФЕКАЛЬНО-ОРАЛЬНЫЙ, КОНТАКТНО-БЫТОВОЙ).

2. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ:

- **АРТИФИЦИРОВАННЫЙ - МЕДИЦИНСКИЕ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫЕ МАНИПУЛЯЦИИ** (ИНЪЕКЦИИ, ГЕМОТРАНСФУЗИИ, ГЕМОДИАЛИЗ, ГЕМОСОРБЦИЯ, ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ИНЕКТОЛОГИЧЕСКИЕ, СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ, УРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ, МАНУАЛЬНЫЕ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ).
- **ЕСТЕСТВЕННЫЙ** (ЧЕРЕЗ ОТКРЫТЫЕ ОЖОГОВЫЕ ИЛИ ТРАВМАТИЧЕСКИЕ РАНЫ, ОТКРЫТЫЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОЧАГИ, ПОЛОСТИ И ТРАКТЫ С НАРУШЕННОЙ ЦЕЛОСТНОСТЬЮ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ).
- **АУТОИНФИЦИРОВАНИЕ** (ЧЕРЕЗ ДЕФЕКТЫ КОЖИ И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ИЗ МЕСТ НОСИТЕЛЬСТВА).
- **МЕСТА НОСИТЕЛЬСТВА – НОС И НОСОВАЯ ЧАСТЬ ГЛОТКИ, ПРОМЕЖНОСТЬ, ВОЛОСЫ И РУКИ)**

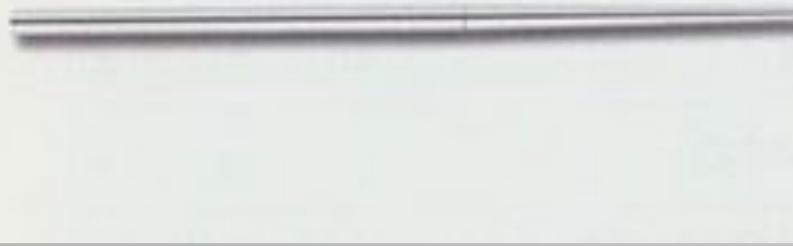
ФАКТОРЫ ПЕРЕДАЧИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ:

- **РУКИ ПЕРСОНАЛА**
- **ИНСТРУМЕНТЫ И ОБОРУДОВАНИЕ, ЕСЛИ ОНИ ПЛОХО ОБРАБОТАНЫ ИЛИ ЕСЛИ НЕ СОБЛЮДАЕТСЯ ТЕХНОЛОГИЯ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ МАНИПУЛЯЦИИ,**
- **ВОЗДУХ ПРИ РАБОТЕ БОРМАШИНЫ**
- **ОТСОСЫ (ИХ КАНАЛЫ И ФИЛЬТРЫ)**
- **ОЧКИ И ПОЛОТЕНЦА,**
- **ПЛЕВАТЕЛЬНИЦЫ, РАЗЛИЧНЫЕ ЛОТКИ**
- **МАССИВНО ОБСЕМЕНЕНЫ МИКРОБАМИ ГОЛОВНЫЕ УБОРЫ (ШАПОЧКИ), ХАЛАТЫ, БРЮКИ, ОБУВЬ ПЕРСОНАЛА**

Предметы, окружающие пациентов находящиеся в стоматологическом кабинете, принято делить на три группы

- 1. Критические предметы:** (перед началом работы с пациентом должны быть стерильными). К ним относятся инструменты, поверхности которых обычно проникают в поврежденную кожу или слизистую, в пульпу (иглы, скальпели, зонды, боры и эндодонтические инструменты) или предметы, поверхности которых граничат со стерильным инструментарием (лотки для инструментов и др.).

Корневая игла Миллера

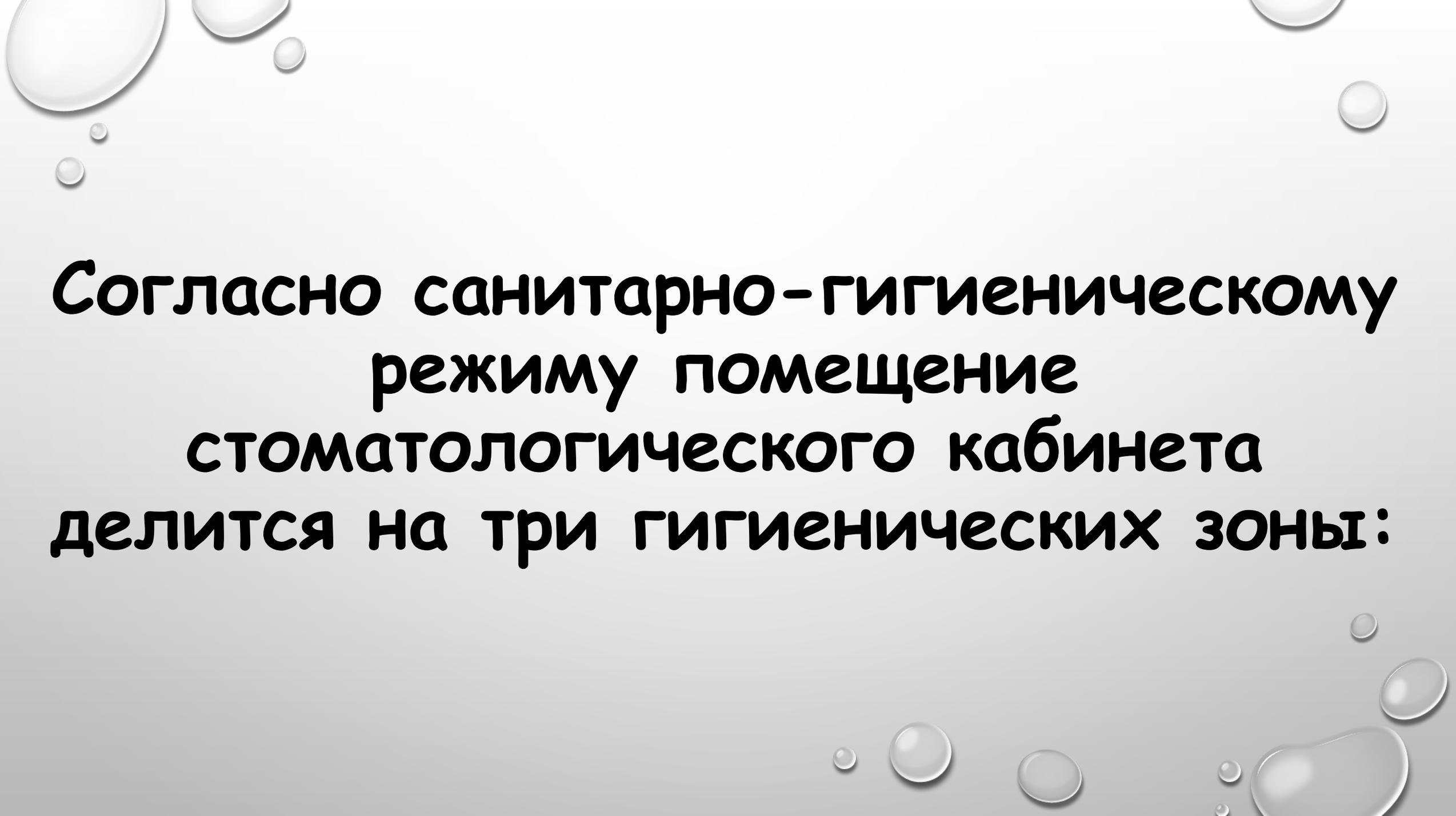


2. Полукритические предметы: (после каждого пациента подвергаются стерилизации или дезинфекции высокого уровня). К ним относятся предметы, поверхности которых при обычном ходе лечения не проникают в слизистую оболочку полости рта: зубоорачебные зеркала, наконечники к бормашинам, отсасывающие устройства и т.д.



3. Некритические предметы: (подвергаются дезинфекции низкого уровня). К ним относятся предметы, поверхности которых вообще не контактируют со слизистой оболочкой пациента. Это поверхности зубоврачебного кресла, ручки и арматура стоматологических осветителей, кнопки управления лечебно-диагностической аппаратуры, медицинские шкафы, двери, пол, стены и т.п.



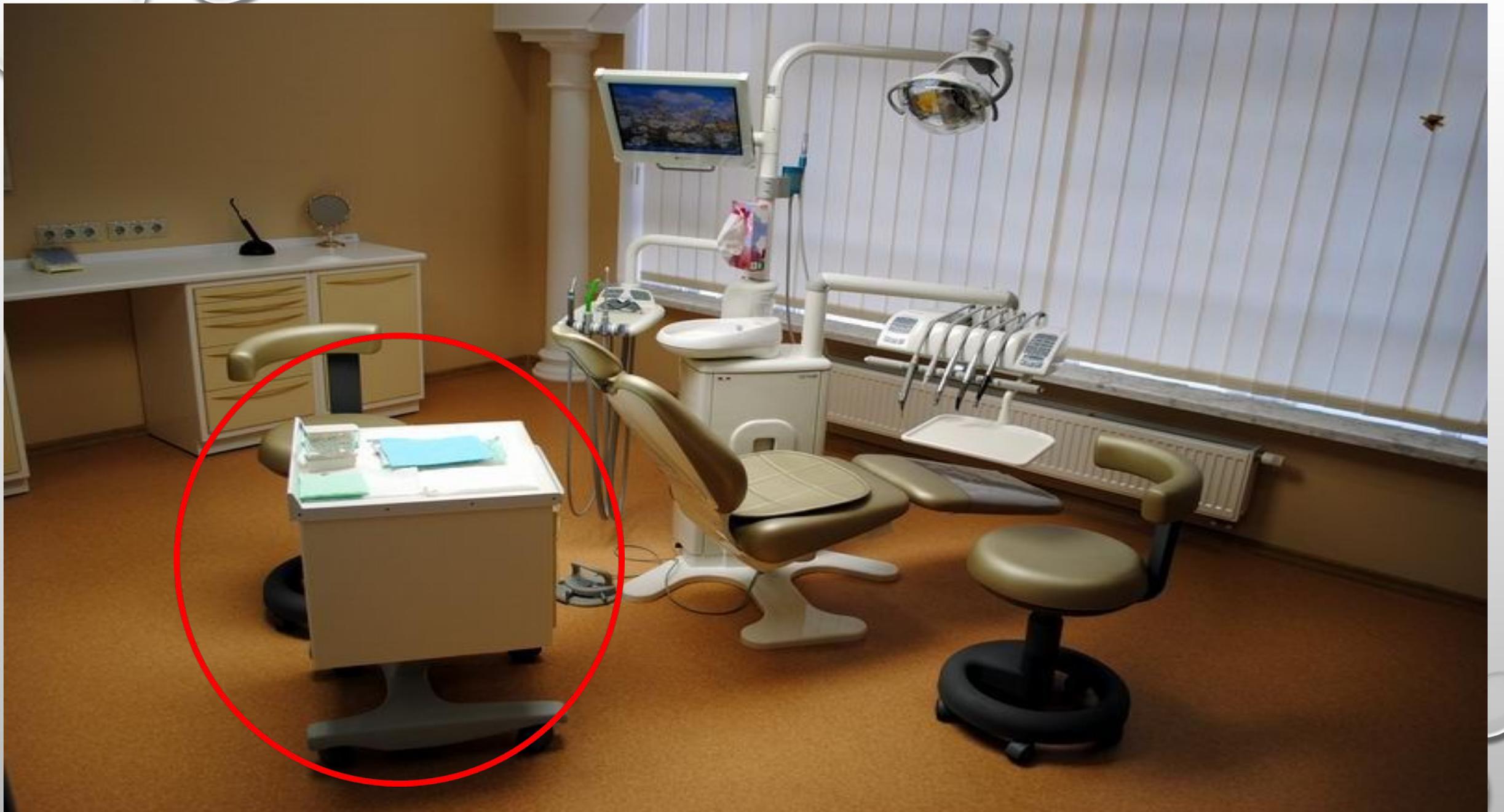


**Согласно санитарно-гигиеническому
режиму помещение
стоматологического кабинета
делится на три гигиенических зоны:**

1-АЯ ЗОНА

Зона лечения: это зона самого высокого уровня гигиены, в которой находятся стерильный лоток со стерильными инструментами и стерильными салфетками и ватными валиками, руки и перчатки стоматолога.

Стерильные инструменты, которые в данный момент не используются, должны быть надежно закрыты и находиться вне зоны лечения, позади пациента во избежание нечаянного загрязнения. Все поверхности в зоне лечения (например, столик, на котором устанавливается лоток с инструментами), следует дезинфицировать перед началом рабочего дня и после каждого пациента, даже если не видно явных следов загрязнения.





2-АЯ ЗОНА

Граница лечебной зоны (или зона разбрызгивания): здесь находятся только полукритические и некритические предметы стоматологического кабинета. К ним относятся стоматологические наконечники, воздушные пистолеты, рентгеновские установки, операционные светильники, отсасывающие наконечники и шланги, плевательница, кнопки управления креслом и аппаратуры, краны раковины, кроме того — материалы и контейнеры, доставаемые из шкафов, во время лечения пациента.

3-ья ЗОНА

- **Остальная часть помещения:** в ней находятся только некритические предметы. Их обработка проводится в ходе текущей и генеральной уборки помещения. Загрязнение в этой зоне можно существенно снизить с помощью хорошей вентиляции кабинета, уменьшающей количество аэрозолей в воздухе.

Во время приема пациента такие некритические предметы, как амбулаторная карта, канцелярская ручка, должны находиться позади пациента во избежание их загрязнения.

Записи делают только чистыми руками после окончания лечения !

МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ

1. СОБЛЮДЕНИЕ САНИТАРНЫХ НОРМ ПРИ ПРОЕКТИРОВАНИИ, СТРОИТЕЛЬСТВЕ И ЭКСПЛУАТАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ.
2. СОБЛЮДЕНИЕ ПРАВИЛ ОБРАБОТКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ И ОБОРУДОВАНИЯ, ПРАВИЛ СПЕЦИАЛЬНОЙ УБОРКИ ПОМЕЩЕНИЙ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ.
3. ЭФФЕКТИВНАЯ ОБРАБОТКА РУК ПЕРСОНАЛА, СМЕНА ПЕРЧАТОК ПОСЛЕ КАЖДОГО ПАЦИЕНТА.
4. ВЫЯВЛЕНИЕ НОСИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИИ СРЕДИ МЕДПЕРСОНАЛА, ВРЕМЕННОЕ ОТСТРАНЕНИЕ ИХ ОТ РАБОТЫ ДО ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ.
5. ПОСТОЯННОЕ ОБУЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ.
6. ПОВЫШЕНИЕ ОБЩЕЙ САНИТАРНОЙ КУЛЬТУРЫ МЕДПЕРСОНАЛА И

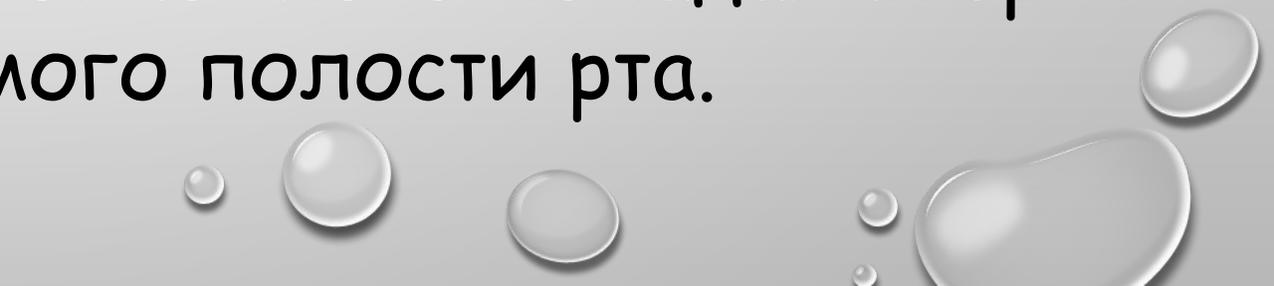
7 УНИВЕРСАЛЬНЫХ ПРАВИЛ БЕЗОПАСНОСТИ МЕД ПЕРСОНАЛА ПРИ КОНТАКТЕ С БИОЖИДКОСТЯМИ ПАЦИЕНТА

1. Мыть руки до и после любого контакта с пациентом.
2. Рассматривать кровь и жидкие выделения всех пациентов как потенциально инфицированные и работать с ними только в перчатках.
3. Сразу после применения помещать использованные шприцы и катетеры в специальный контейнер для утилизации острых предметов, никогда не снимать со шприцов иглодержатели с иглами и не производить никаких манипуляций с использованными иглами!



4. Пользоваться средствами защиты глаз и масками для предотвращения возможного попадания брызг крови или жидкого отделяемого полости рта в лицо (во время хирургических операций, манипуляций, катетеризации и лечебных процедур в полости рта).

5. Использовать специальную влагонепроницаемую одежду для защиты тела от возможного попадания брызг крови или жидкого отделяемого полости рта.





6. Рассматривать все белье, запачканное кровью или жидким отделяемым полости рта, как потенциально инфицированное.

7. Рассматривать все образцы лабораторных анализов как потенциально инфицированные.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

