

Организация и обеспечение санитарно-противоэпидемического режима в лечебно – профилактических учреждениях и кабинетах стоматологического профиля

Учебно-методическое пособие

Пермь, 2008

Учебно-методическое пособие подготовлено сотрудниками ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава: д.м.н., доцентом кафедры эпидемиологии с курсом гигиены и эпидемиологии ФПК и ППС Исаевой Н.В., зав. кафедрой эпидемиологии с курсом гигиены и эпидемиологии ФПК и ППС д.м.н., профессором Фельдблюм И.В., зав. кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии д.м.н., профессором Кислых Ф.И., врачами-эпидемиологами Пермского краевого центра по борьбе и профилактике СПИД и инфекционных заболеваний Красноперовой Н.Н., Жалниным В.В.

Рецензент: главный эпидемиолог Министерства здравоохранения Пермского края к.м.н. Маркович Н.И

В учебно-методическом пособии рассмотрены основные элементы санитарно-противоэпидемического режима в учреждениях и кабинетах стоматологического профиля: санитарно-гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации основных структурных подразделений, дезинфекционно-стерилизационные мероприятия, профилактика профессиональных заражений. Учебно-методическое пособие предназначено для интернов, ординаторов и слушателей факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов по специальностям стоматологического и медико-профилактического профиля.

Введение

Санитарно-противоэпидемический режим в учреждениях стоматологического профиля является основой профилактики внутрибольничных инфекции (ВБИ). ВБИ - любые клинически распознаваемые заболевания микробной этиологии, развившийся у пациентов и персонала в результате их *заражения в ЛПУ*.

Врачу – стоматологу ежедневно приходится консультировать и лечить пациентов, страдающих острыми и хроническими формами гнойно-септических инфекций, гепатитами В, С, ВИЧ-инфекцией, герпесом, гриппом, ОРВИ и др. (табл.1).

Таблица 1

Инфекционные заболевания, которые могут передаваться при лечении зубов

Заболевание	Возбудитель	Пути и факторы передачи	Инкубационный период
ВИЧ инфекция	Ретровирус	Кровь, сексуальные контакты, слюна	2-3 недели – 1 год
Кандидоз	Грибы	Слюна	48-72 часа
Ветряная оспа	Вирус	Кровь, слюна, аэрозольные респираторные капельки	10-21 день
Гонорея	Бактерии	Сексуальные контакты	2 -10 дней
Гепатит В, С, D	Вирус	Кровь, слюна	1,5-6 мес.
Простой герпес	Вирус	Кровь, слюна, сексуальные контакты	до 2 недель
Герпетический панариций	Вирус	Кровь, слюна, аэрозольные респираторные капельки	2-12 дней
Инфекционный мононуклеоз	Вирус	Кровь, слюна, аэрозольные респираторные капельки	4-7 недель
Грипп	Вирус	Слюна, аэрозольные респираторные капельки	1-3 дня
Болезнь "легионеров"	Бактерии	Аэрозольный путь	2-10 дней
Корь	Вирус	Слюна, назальные аэрозольные респираторные капельки	8-21 день
Краснуха	Вирус	Слюна, назальные аэрозольные респираторные капельки	11-22 дня
Эпидемический паротит	Вирус	Аэрозольный путь	11-25 дней
Пневмония	Микобактерии и вирус	Респираторные, кровь	Различный

Стафилококковые инфекции	Бактерии	Слюна, аэрозольные респираторные капельки	4-10 дней
Стрептококковые инфекции	Бактерии	Кровь, слюна, аэрозольные респираторные капельки	1-3 дня
Сифилис	Трепонема	Сексуальные контакты, кровь	3-4 недель
Столбняк	Бактерии	Открытая рана	7-10 дней
Туберкулез	Бактерии	Слюна, аэрозольные респираторные капельки	до 6 мес.
Дифтерия	Бактерии	Слюна, аэрозольные респираторные капельки	2-7 дней

Кровь и слюна таких пациентов в конце инкубационного периода, в период продрома и разгара клинических проявлений становится инфекционно опасной. При этом, заражению могут подвергаться не только следующие за больным или носителем пациенты, но и сам врач, средний и младший медицинский персонал.

Микроорганизмы, находящиеся в слюне, на слизистой оболочке полости рта, в крови – попадают на стоматологический инструментарий и оборудование, аппаратуру, инвентарь, предметы ухода и другие объекты окружающей среды, задействованные при стоматологическом вмешательстве. «Классическими» факторами передачи возбудителей являются полотенца общего пользования, плевательницы, раковины и ручки кранов для мытья рук, раковины и лотки для инструментов, подлокотники, подголовники, сиденья кресел (особенно швы в обивке). Важнейшим фактором риска в стоматологии следует назвать несоблюдение алгоритма обработки рук и игнорирование правил личной гигиены со стороны персонала. Результаты бактериологических исследований смывов с рук врачей в момент начала обследования больного или его лечения показали, что патогенные и условно – патогенные микроорганизмы с «чистых» рук хирургов высеваются в 45% случаев, с рук ортопедов – в 55% и рук терапевтов – в 62% случаев (Е.Б.Иванова и соавт., 2001 г.). Украшения и часы на руках, потрескавшийся лак на ногтях не позволяют проводить тщательную очистку и дезинфекцию рук во время работы. Факторами передачи инфекции могут быть амальгамосмесители, ортопедическая наковальня и молоточек, коробки для хранения протезов, средства полировки, зажимы для рентгеновской пленки в рентгеновском аппарате, ультразвуковое устройство для удаления зубного камня, лампа для светоотверждаемых материалов, клавиатура компьютера, ручка и рычаги регулировки осветительных ламп и, не в последнюю очередь, телефонный аппарат. Стоматолог и его ассистенты постоянно подвергаются действию образующихся во время работы турбины аэрозолей, высоко контаминированных микроорганизмами из полости рта больного.

Таким образом, любые стоматологические кабинеты – терапевтический, хирургический, ортопедический при определенных условиях могут быть рассмотрены как объекты повышенного риска инфицирования, что требует соблю-

дения надлежащего санитарно – противоэпидемического режима (СПЭР). Цель СПЭР – предупреждение внутрибольничного инфицирования пациентов и сотрудников и обеспечение безопасности оказываемых услуг населению. Основными элементами СПЭР в учреждениях и кабинетах стоматологического профиля являются:

- Санитарно-гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации основных структурных подразделений;
- Дезинфекционно-стерилизационные мероприятия;
- Профилактика профессиональных заражений.

За организацию СПЭР в стоматологических учреждениях отвечает руководитель (главный врач), а контроль за соблюдением СПЭР возлагается на врача-эпидемиолога ЛПУ, заместителя главного врача по лечебной работе и главную (старшую) медицинскую сестру.

I. Санитарно-гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации основных структурных подразделений

1.1. Санитарно-гигиенические требования к объемно-планировочным решениям

В составе ЛПУ стоматологического профиля вне зависимости от ведомственной принадлежности должен быть следующий набор помещений:

- помещение для ожидания, регистратура, гардероб для одежды посетителей (площадь зависит от мощности учреждения - числа посещений в смену, но не менее 10,0 кв.м);
- стоматологические кабинеты (не менее 14,0 кв.м + 10,0 кв.м на каждую последующую стоматологическую установку);
- стерилизационная предусматривается при количестве стоматологических установок более 3 (площадь не менее 8,0 кв.м);
- кладовые (не менее 4,0 кв.м);
- помещения для персонала (6,0 – 10,0 кв.м);
- туалеты (для персонала и пациентов) по 2,0-3,0 кв.м.
- производственные помещения должны обеспечиваться централизованными водоснабжением и канализацией.

Структура учреждения и планировка его помещения должна исключать возможность перекрещивания или соприкосновения «чистых» и «грязных» технологических потоков (при оказании медицинской помощи, проведении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий).

В стационаре предусматривается наличие септического и асептического операционных блоков со строгим зонированием внутренних помещений (стерильная зона, зона строгого режима, зона «грязных помещений»). При размещении операционных друг над другом, септические операционные следует размещать выше асептических или на верхних этажах корпусов терапевтического профиля.

Лечебно-диагностические и лабораторные подразделения должны размещаться в помещениях с естественным освещением и высотой не менее 3м (от пола до потолка). Коэффициент заглубления принимается не более 2.

Площадь кабинета на одну стоматологическую установку принимается не менее 14,0 кв.м., на каждую последующую 10,0 кв.м. Между стоматологическими установками необходимо устройство легких перегородок на высоту до 1,5 м.

При отсутствии стерилизационной (в составе предприятия или учреждения с количеством стоматологических установок до 3) в стоматологических кабинетах требуется установка 2-х гнездовой раковины с подводкой горячей и холодной воды (для мытья рук и обработки инструментария).

Ориентировочный минимальный набор и площадь помещений хирургического отделения:

- один хирургический кабинет с предоперационной-стерилизационной на одну стоматологическую установку (площадь кабинета - 14,0 кв.м, предоперационная-стерилизационная - 10,0 кв.м);
- оперблок:
 - операционная - 22,0-24,0 кв.м;
 - предоперационная-стерилизационная – 10,0 кв.м;
 - помещение для временного пребывания пациента после проведения операции - 10,0 кв.м;
 - наркозная - 10,0 кв.м.

В оперблоке проводятся плановые операции, в том числе имплантация зубов.

Не допускается проведение имплантации в хирургических кабинетах.

Ортопедическое и ортодонтическое отделения или кабинеты допускается проектировать на 1-3 стоматологические установки. Одна из раковин умывальника должна иметь фильтр для улавливания гипса.

В терапевтических кабинетах на 1 стоматологическую установку допускается размещать портативные физиотерапевтические аппараты, которые могут использоваться в процессе лечения пациента. При использовании физиотерапевтической аппаратуры необходимо обеспечить правила электробезопасности.

Зуботехническую лабораторию необходимо размещать в отдельно стоящем здании или в изолированном отсеке ЛПУ стоматологического профиля, либо другого нежилого здания. Набор помещений лаборатории зависит от вида зубного протезирования и должен обеспечивать изоляцию в отдельные помещения разные по вредностям технологические операции:

- полимеризационная - 6,0 кв.м на I рабочее место, но не менее 12,0кв.м;
- гипсовочная- 6,0 кв.м на I рабочее место, но не менее 12,0кв.м;
- полировочная - 6,0 кв.м на I рабочее место, но не менее 12,0кв.м;
- паяльная - 6,0 кв.м на I рабочее место, но не менее 12,0кв.м;
- литейная - 6,0 кв.м на I рабочее место, но не менее 12,0кв.м.
- помещение зубных техников - 4,0 кв.м на одно рабочее место, но не менее

15,0 кв.м Не допускается размещение в одном помещении более 15 рабочих мест зубных техников;

- помещение обжига металлокерамики - 12,0 кв.м на одну печь, на каждую последующую по 6,0 кв.м.

Все помещения лаборатории должны быть подключены к централизованным системам водоснабжения и канализации.

В раковине умывальника гипсовочной должен быть установлен фильтр для улавливания гипса.

При наличии зуботехнической лаборатории на 1-2 штатных единицы зубных техников возможно ее размещение в 2-х кабинетах – в одном из кабинетов совмещаются процессы гипсовки, полировки, полимеризации, пайки, в другом - рабочее место зубного техника. При этом площади кабинетов должны быть не менее 14,0 кв.м. каждый.

Лаборатории зубного протезирования из металлокерамики и керамики на 1-2 рабочих места зубных техников возможно разместить в 2-х помещениях: в одном - рабочее место зубного техника, в другом - пескоструйный аппарат и индукционную печь. Площади помещений - 10,0 кв.м каждое.

1.2. Требования к внутренней отделке помещений

Для внутренней отделки помещений, воздуховодов, вентиляционных систем и фильтров используются материалы в соответствии с их функциональным назначением и разрешением для применения в лечебных учреждениях в установленном порядке.

Поверхность стен, полов и потолков помещений должна быть гладкой, легкодоступной для влажной уборки и устойчивой при использовании моющих и дезинфицирующих средств.

Стены кабинетов хирургической стоматологии и стерилизационной облицовываются глазурованной плиткой на высоту не ниже 1,8 м, а операционной - на всю высоту. Выше панели производится окраска масляными или водоэмульсионными красками.

Стены кабинетов ортопедической стоматологии и основных помещений зуботехнической лаборатории на высоту дверей окрашиваются алкидностирольными, поливинилацетатными, масляными красками или нитроэмалью. Выше панели производится, окраска силикатными или клеевыми красками. Потолки стоматологических кабинетов (операционных, предоперационных, стерилизационных и помещений зуботехнических лабораторий) окрашиваются водоэмульсионными, масляными, или силикатными клеевыми красками в белый цвет.

В специальных производственных помещениях зуботехнической лаборатории стены на высоту двери облицовываются глазурованной плиткой. Выше панели производится окраска силикатными или клеевыми красками.

Полы в стоматологических кабинетах должны настилаться рулонным поливинилхлоридным материалом (винилпластом, линолеумом) и не иметь щелей, для чего все швы свариваются при помощи специальных горелок или высокоча-

стотной сварки. В кабинетах хирургической стоматологии и операционных допускается керамическая плитка.

Пол в помещениях зуботехнической лаборатории должен быть:

- а) в основных - из рулонных поливинилхлоридных материалов (линолеума);
- б) в специальных - из керамической плитки.

Цвет поверхностей стен и пола в лечебных кабинетах должен быть светлых тонов с коэффициентом отражения не ниже 40% (салатный, охры). Желательно использовать нейтральный светло-серый цвет, не мешающий правильному цветоразличению оттенков окраски слизистых оболочек, кожных покровов, крови, зубов (естественных и искусственных), пломбировочных и зубопротезных материалов.

Двери и окна во всех помещениях окрашивают эмалями или масляной краской в белый цвет. Дверная и оконная фурнитура должна быть гладкой, легко поддаваться чистке.

В вестибюлях полы должны быть устойчивы к механическому воздействию (мраморная крошка, мрамор, мозаичные полы).

В местах установки раковин и других санитарных приборов, а также оборудования, эксплуатация которого связана с возможным увлажнением стен и перегородок, следует предусматривать отделку последних глазурованной плиткой или другими влагостойкими материалами на высоту 1,6 метра от пола и на ширину более 20 см. от оборудования и приборов с каждой стороны. Умывальники должны быть оборудованы локтевыми кранами со смесителями, а также дозаторами (локтевыми) с жидким (антисептическим) мылом и растворами антисептиков.

Применение подвесных потолков разрешается, при этом конструкция и материалы подвесных потолков должны обеспечивать герметичность, гладкость поверхности и возможность проведения их влажной очистки и дезинфекции.

Наружная и внутренняя поверхность медицинской мебели должна быть гладкой и выполнена из материалов, устойчивых к воздействию моющих, дезинфицирующих и медикаментозных средств.

1.3. Организация воздухообмена помещений

В производственных помещениях воздухообмен должен поддерживаться за счет систем общеобменной принудительной приточно-вытяжной вентиляции (3-х кратный в час по вытяжке, 2-х кратный по притоку).

Автономные системы принудительной приточной вентиляции должны предусматриваться для хирургических кабинетов, операционных, предоперационных, стерилизационных.

Воздух, подаваемый в указанные кабинеты, должен обрабатываться устройствами обеззараживания воздуха, обеспечивающими эффективность инактивации микроорганизмов, вирусов, находящихся в обрабатываемом воздухе не менее 95% (фильтры высокой эффективности H11-H14). Не реже 1 раза в месяц следует проводить контроль степени загрязненности фильтров и эффек-

тивности работы устройств обеззараживания воздуха. Замена фильтров должна осуществляться по мере их загрязнения, но не реже, чем рекомендовано предприятием – изготовителем.

Общеобменные приточно-вытяжные и местные вытяжные установки должны включаться за 5 минут до начала работы и выключаться через 5 минут после окончания работы.

Для обеспечения оптимальных параметров микроклимата и уменьшения влияния вредных факторов на работающих в операционных, зуботехнической лаборатории (кабинетах зубных техников) должно предусматриваться кондиционирование воздуха.

Применение сплит-систем допускается при наличии фильтров высокой эффективности (Н11-Н14), и только при соблюдении правил регламентных работ. Сплит – системы, устанавливаемые в учреждениях, должны иметь положительное санитарно – эпидемиологическое заключение, выданное в установленном порядке.

Вне зависимости от наличия систем принудительной вентиляции должны быть предусмотрены:

- во всех кабинетах и помещениях легко открывающиеся фрамуги;
- местные отсосы на рабочих местах зубных техников и от каждого полировочного станка: вытяжные зонты в литейной над печью центробежного литья, над газовой плитой в паяльной, над нагревательными приборами и рабочим столом в полимеризационной.

Системы местных отсосов вредных веществ следует проектировать автономными от общеобменной вентиляции.

Выбросы в атмосферу из системы вытяжной вентиляции следует размещать: на расстоянии от места забора наружного воздуха не менее 10 м по горизонтали и не менее 6 м по вертикали. Выбросы из систем местных отсосов вредных веществ следует размещать на высоте не менее 2 м над кровлей более высокой части здания.

Воздух, выбрасываемый в атмосферу из систем местных отсосов, содержащий вредные вещества (пылегазовоздушную смесь) следует очищать. Допускается не предусматривать очистку выбросов из системы малой мощности, если последняя не требуется в соответствии с расчетами проекта охраны атмосферного воздуха от загрязнения.

В помещениях для венткамер вытяжных систем следует предусматривать вытяжную вентиляцию с не менее чем однократным воздухообменом в час, в помещениях для приточных систем приточную вентиляцию с не менее чем 2-х кратных воздухообменом в час.

Шум от работы приточно-вытяжной вентиляции не должен превышать ПДУ в производственных помещениях и в окружающей жилой застройке.

Относительная влажность воздуха должна быть не более 60%, скорость движения воздуха – не более 0,15 м/сек.

Уровни бактериальной обсемененности воздушной среды помещений, в зависимости от их функционального назначения и класса чистоты, не должны превышать допустимых, приведенных в таблице 2.

Таблица 2

ДОПУСТИМЫЕ УРОВНИ
бактериальной обсемененности воздушной среды помещений лечебных учреждений в зависимости от их функционального назначения и класса чистоты

N п/п	Класс чистоты	Название помещения	Санитарно-микробиологические показатели					
			Общее количество микроорганизмов в 1 м ³ воздуха (КОЕ/ м ³)		Количество колоний Staphylococcus aureus в 1 м ³ воздуха (КОЕ/ м)		Количество плесневых и дрожжевых грибов в 1 дм ³ воздуха	
			до начала работы	во время работы	до начала работы	во время работы	до начала работы	во время работы
1.	Особо чистые (А)	Операционные, асептические боксы, стерилизационная (чистая половина)	Не более 200	Не более 500	Не должно быть	Не должно быть	Не должно быть	Не должно быть
2.	Чистые (Б)	Стоматологические кабинеты (хирургический, терапевтический, ортопедический, ортодонтический), процедурные, перевязочные, предоперационные	Не более 500	Не более 750	Не должно быть	Не должно быть	Не должно быть	Не должно быть
3.	Условно-чистые (В)	Коридоры примыкающие к операционным, кладовые чистого белья, зуботехническая лаборатория	Не более 750	Не более 1000	Не должно быть	Не более 2	Не должно быть	Не должно быть
4.	Грязные (Г)	Коридоры и помещения административных зданий, лестничные марши лечебно-диагностических корпусов, санитарные комнаты, туалеты, комнаты для грязного белья и временного хранения отходов	Не нормируется		Не нормируется		Не нормируется	

Профилактический осмотр и ремонт систем вентиляции и кондиционирования воздуха должен проводиться согласно утвержденному графику, не реже 2 раз в год. Устранение текущих неисправностей, дефектов должно проводиться безотлагательно.

1.4. Гигиенические требования к естественному и искусственному освещению

Все производственные (кабинеты приема, лаборатории и др.) помещения стоматологических поликлиник, отделений стоматологического профиля, стоматологических центров должны иметь естественное освещение.

Световой коэффициент в кабинетах приема, в помещениях зубных техников должен составлять 1:4 - 1:5, в остальных помещениях 1:8.

Коэффициент естественного освещения на постоянных рабочих местах в кабинетах врачей и в основных помещениях зубных техников должен быть -

1,5%.

Все помещения ЛПУ стоматологического профиля должны иметь общее искусственное освещение, выполненное люминисцентными лампами или лампами накаливания.

Для общего люминисцентного освещения во всех стоматологических кабинетах и помещениях зубных техников рекомендуются лампы со спектром излучения не искажающим цветопередачу типов ЛДЦ или ЛХЕ.

Уровни общего освещения (в люксах) люминисцентными лампами должны приниматься:

- в кабинетах врачей, помещениях зубных техников - 500 (для ламп накаливания - 200);
- в административных кабинетах, гипсовочной, полимеризационной, зуботехнической лаборатории - 400 (для ламп накаливания - 200);
- в литейных, палатных, рентгенкабинетах, стерилизационной - 150-200 (для ламп накаливания - 100),

Кроме общего освещения рабочего места врачей, зубных техников должно быть предусмотрено местное освещение:

- рефлекторы при универсальных стоматологических установках на рабочих местах терапевтов и ортопедов;
- специальные рефлекторы для каждого рабочего места хирурга;
- светильники для каждого рабочего места зубного техника.

Уровень освещенности, создаваемый местным источником не должен превышать уровень общего освещения более чем в 10 раз.

1.5. Санитарное содержание помещений, оборудования, инвентаря

Все помещения, оборудование, медицинский и другой инвентарь должны содержаться в чистоте. Ежедневная влажная (текущая) и генеральная уборки осуществляются согласно представленных ниже алгоритмов.

АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕЙ УБОРКИ:

- Текущая уборка во всех функциональных подразделениях, включая зуботехническую лабораторию, проводится утром перед началом первой смены, в перерыве между первой и второй сменами и в конце рабочего дня.
- В течение рабочей смены проводят влажную уборку врачебных столиков и кресел после каждого пациента.
- Текущая влажная уборка во всех функциональных подразделениях, включая зуботехническую лабораторию, сочетается с дезинфекцией и завершается бактерицидным облучением воздуха помещения.
- Для дезинфекции в ходе текущей уборки могут быть использованы: 0,1% раствор Жавель – Солида (7 таблеток на 10 литров воды), 0,1 % раствор Деохлора или любое другое дезинфицирующее средство по режиму, рекомендованному для дезинфекции объектов при ГВ, ГС и ВИЧ- инфекции.

Обеззараживание может проводиться с добавлением 0,5% моющего средств. Поверхности в помещениях, предметы обстановки, пол, стены, санитарно-техническое оборудование (раковины) протирают ветошью, смоченной в растворе из расчета 100 мл/кв.м.

- Текущая уборка начинается с протирания ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором, рабочих поверхностей аппаратуры и оборудования кабинета в строгой последовательности, переходя от чистых к более загрязненным поверхностям - начиная от врачебных столиков, оборудования, стоматологического кресла, кранов, раковин, дверных ручек, заканчивая мытьем полов.
- После влажной уборки включают бактерицидные облучатели на 30 минут. Затем помещение проветривают 15 минут.
- Уборка санузлов проводится 2 раза в день с использованием тех же дезинфицирующих средств.
- Коридоры, холлы, гардероб, служебные и бытовые помещения убираются не реже 1 раза в день с использованием 0,5% моющего раствора.
- Для уборки мебели и пола используют отдельный уборочный инвентарь.
- Для проведения текущей уборки медперсонал использует специально выделенный халат, косынку, перчатки.
- Для текущей уборки используется специально выделенный уборочный инвентарь (ведра, тазы, ветошь, швабры). Он должен иметь четкую маркировку с указанием помещения и вида уборки.
- Уборочный инвентарь для каждого помещения хранится в отдельных шкафах, нишах или в других выделенных местах с маркировкой "Уборочный инвентарь".
- После использования твердый уборочный инвентарь дезинфицируется путем протирания ветошью, смоченной дезраствором, просушивается и укладывается на полки.
- Мягкий уборочный инвентарь (ветошь, тряпки) дезинфицируют в 0,1% растворе Жавель-Солида в течение 120 минут или 0,2% растворе Жавель-Солида - 60 минут, или 0,1% растворе Деохлора - 60 минут, или 0,2% растворе Деохлора - 30 минут. После чего ветошь, тряпки прополаскивают и высушивают.

АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕНИЯ ГЕНЕРАЛЬНОЙ УБОРКИ:

- Генеральная уборка во всех функциональных подразделениях стоматополитклиники проводится один раз в семь дней, в зуботехнической лаборатории, в коридорах, холлах, гардеробных, служебных и бытовых помещениях - 1 раз в месяц.
- Перед началом генеральной уборки отключают электрооборудование от сети для исключения короткого замыкания.
- Персонал для проведения генеральной уборки использует чистый халат, обувь, маску, перчатки, непромокаемый фартук.

- Уборку помещений следует начинать с освобождения от мебели, оборудования и т.д., или отодвигания их для обеспечения свободного доступа к обрабатываемым объектам.
- Предварительно проводят мытье поверхностей с 0,5% мыльно-содовым раствором (5 г мыла, 5 г соды на 1 литр воды) для удаления механического загрязнения и с целью более эффективного последующего воздействия дезсредств на обрабатываемые поверхности.
- Затем помещение (пол, стены, потолок, двери и другие поверхности), оборудование протирают ветошью, обильно смоченной одним из дезрастворов:
- 0,1% раствор Деохлора, 0,1% раствор Жавель-Солида и 0,5% раствор СМС или любым другим дезсредством в концентрации воздействия на возбудителей при ГВ, ГС и ВИЧ – инфекции.

Расход дезпрепарата - 200 мл на 1 кв.м обрабатываемой поверхности. Сначала дезинфицируют все стены, окна, подоконники, двери, ручки дверей; затем мебель, выключатели, радиаторы, медицинское оборудование. В последнюю очередь этим же раствором моют полы. Время дезинфекционной выдержки - 1 час.

В случае использования дезинфектантов нового поколения из группы поверхностно – активных веществ (например, Амиксана, Триосепт – микста, Беби-Дез Ультра, Диабака, Клиндезина – специаль, Абсолюцид – форте и др.), концентрации растворов, время дезинфекционной выдержки и способ обеззараживания при проведении генеральных уборок в стоматологических учреждениях регламентированы соответствующими инструкциями по применению дезинфицирующего раствора.

- В период дезинфекционной выдержки помещение облучают ультрафиолетовым светом, включая настенные и потолочные бактерицидные облучатели.
- После дезинфекции и облучения помещение проветривают в течение 20 минут.
- По истечении экспозиции дезинфицирующий раствор смывают с поверхностей стерильной ветошью водопроводной водой.
- Вносят или ставят на место продезинфицированную мебель, оборудование и вновь на 30 минут включают бактерицидную лампу.
- Во время генеральных уборок производят протирку оконных стекол изнутри по мере загрязнения, но не реже 1 раза в месяц, снаружи - по мере загрязнения, но не реже одного раза в 3-6 месяцев.
- К уборочному инвентарю для генеральных уборок относят ведра, тазы, ветошь, тряпки, швабры. Должно быть, в наличии 3 отдельных емкости: для обработки поверхностей, стен и пола.
- Уборочный инвентарь должен иметь четкую маркировку с указанием помещения, вида уборки, использоваться строго по назначению.
- Уборочный инвентарь содержится в чистоте и после каждой уборки подвергается дезинфекции.

- Мягкий уборочный инвентарь (ветошь, тряпки) дезинфицируют в 0,2% растворе Жавель-Солида в течение 120 минут или 0,2% растворе Деохлора (120 минут) - режим при туберкулезе. Затем прополаскивают и высушивают.
- Запись о проведении генеральных уборок вносят в "Журнал регистрации генеральных уборок" с указанием даты, основных этапов проведения, использованного дезсредства, росписи исполнителя. Время работы бактерицидной лампы отмечают в "Журнале учета работы бактерицидной лампы".

В основных помещениях учреждения стоматологического профиля следует ежегодно проводить косметический ремонт.

Устранение текущих дефектов (ликвидация протечек на потолках и стенах, заделка трещин, щелей, выбоин, восстановление отслоившейся облицовочной плитки, дефектов напольных покрытия и др.) должно проводиться незамедлительно.

В период проведения текущего или капитального ремонта функционирование помещений должно быть прекращено.

Бельевой режим

Сбор грязного белья от больных в отделениях должен осуществляться в специальную плотную тару (клеенчатые или полиэтиленовые мешки, специально оборудованные бельевые тележки или другие аналогичные приспособления) и передаваться в центральную бельевую для грязного белья.

Запрещается разборка грязного белья в отделениях.

Временное хранение (не более 12 часов) грязного белья в отделениях допускается в помещениях для грязного белья с водостойкой отделкой поверхностей, оборудованных умывальником, устройством для обеззараживания воздуха, в закрытой таре (металлических, пластмассовых бачках, плотных ящиках и других емкостях, подвергающихся дезинфекции).

Для работы с грязным бельем персонал должен быть обеспечен сменной санитарной одеждой (халат, косынка, перчатки, маска).

Стирка больничного белья должна осуществляться в специальных прачечных или прачечной в составе лечебного учреждения. Режим стирки белья должен соответствовать действующим гигиеническим нормативам.

Доставка чистого белья из прачечной и грязного белья в прачечную должна осуществляться в упакованном виде (в контейнерах) специально выделенным автотранспортом.

Перевозка грязного и чистого белья в одной и той же таре не допускается. Стирка тканевой тары (мешков) должна осуществляться одновременно с бельем.

Процессы, связанные с транспортировкой, погрузкой, разгрузкой белья, должны быть максимально механизированы.

После выписки больного, а также по мере загрязнения матрацы, подушки, одеяла должны подвергаться дезинфекционной камерной обработке. Для этого в учреждении должен быть обменный фонд постельных принадлежностей.

Сбор, временное хранение и удаление отходов различных классов опасности в лечебных учреждениях осуществляется в соответствии и с правилами сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений.

2. Дезинфекционно - стерилизационные мероприятия

2.1. Этапы обработки стоматологического и хирургического инструментария

Все медицинские инструменты, использованные при манипуляции у пациента, подлежат дезинфекции.

Задачей дезинфекции является предупреждение или ликвидация процесса накопления, размножения и распространения возбудителей заболеваний путем их уничтожения или удаления на объектах и предметах, обеспечивая этим прерывание путей передачи заразного начала от больного к здоровому.

В случае применения дезинфицирующего средства, обладающего фиксирующими свойствами, необходимо перед дезинфекцией произвести удаление видимых органических загрязнений (крови, слизи и т.п.) с помощью марлевых салфеток, ватных тампонов в емкости с водой, промыв полости и каналы. Исползованные салфетки (тампоны), промывные воды и емкости для промывания дезинфицируют кипячением или одним из дезинфицирующих средств по режимам, рекомендованным при этой инфекции, согласно действующим инструктивно - методическим документам.

По окончании дезинфекции все изделия после любого дезинфектанта промывают проточной водой или методом погружения в емкости, с водой строго соблюдая минимальное время отмывки, отмеченное в методических указаниях на каждый конкретный препарат. Все полости и каналы изделий должны быть тщательно промыты от дезинфектанта. При осуществлении отмыва методом погружения изделий в воду оказалось важным соотношение объёма воды к объёму, занимаемому изделиями. Это соотношение должно быть не менее 3:1. Канал изделий можно промывать с помощью шприца или водоструйного насоса.

Средства дезинфекции изделий медицинского назначения, режим по использованию, экспозиция и условия проведения обеззараживания регламентированы МУ – 287-113 от 1998г. «Методические указания по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения», а также инструкциями по применению конкретных дезинфектантов, утвержденными в установленном порядке.

Таблица 3

Примеры современных средств дезинфекции медицинского назначения, используемых в стоматологической практике

Наименование препарата	Виды обрабатываемых изделий	Объект обеззараживания	Режим обработки		Способ обеззараживания
			Концентрация рабочего раствора, %	Время обеззараживания, мин	
«Абсолютид - форте»	Изделия из резин, пластмасс, стекла, металлов, в том числе хирургические и стоматологические инструменты и материалы (оттиски, зубопротезные заготовки из разных материалов, коррозионно-стойкие артикуляторы и слепочные ложки)	Дезинфекция при бактериальных (кроме туберкулеза), вирусных и грибковых инфекциях	0,4	90	Погружение
			0,6	60	
		Дезинфекция При бактериальных (включая туберкулез), вирусных и грибковых инфекциях	1,0	30	Погружение
			1,5	15	
«Диабак»	Изделия медицинского назначения из металлов, резин, пластмасс, стекла (в том числе однократного применения), включая хирургические и стоматологические инструменты (в том числе вращающиеся). Оттиски, зубопротезные заготовки. Отсасывающие системы для стоматологии Наркозно-дыхательная аппаратура и приспособления к ней (в том числе анестезиологические шланги).	Обеспечивается дезинфекция изделий при инфекциях бактериальной (включая туберкулез), вирусной (в том числе эппп, гепатит В, ВИЧ-инфекция), грибковой (кандидозы, дерматофитии) этиологии и при особо опасных инфекциях чума и холера)	2,0	90	Погружение
			3,5	60	
			8,0	30	Заполнение
9,0	15	Протирание и погружение			
«Клиндезин специаль»	Изделия медицинского назначения из резины, пластмасс, стекла, металлов (в т.ч. однократного применения перед утилизацией) Стоматологические оттиски, зубопротезные заготовки и др.		При вирусных, грибковых (кандидозы, дерматофитии) и бактериальных (включая туберкулез) инфекциях	2,0	90
		1,0		60	
«БебиДез Ультра»	Изделия медицинского назначения: наркозно-дыхательная аппаратура системы сдуноотсосов, плевательницы, стоматологические оттиски и зубопротезные заготовки Перевязочный материал, ватно-марлевые салфетки, тампоны одноразовые шприцы перед утилизацией	При вирусных инфекциях (гепатит В, ВИЧ, полиомиелит, аденовирус)	1,5	30	Погружение
			2,0	15	
			1,0	10	Погружение
			6,0	30	
			3,5	30	Погружение
			8,0	90	
			3,5	60	Замачивание, погружение

«Триосепт-Микс»	Изделия из пластмасс, резин, стекла, металлов, в том числе хирургические, стоматологические инструменты.	Дезинфекция - при вирусных (включая гепатит В, ВИЧ-инфекции, полиомиелит) - бактериальных (включая туберкулез) инфекциях, - кандидозах - при дерматофитиях	2,0 3,0 6,0 8,0 2,0 4,0 15,0	90 60 30 15 90 60 10	Погружение
	Стоматологические материалы	Дезинфекция - при вирусных, - бактериальных, - грибковых инфекциях	2,0 3,0 5,0	60 30 15	Погружение
«Амиксан»	Изделия медицинского назначения из металлов, резин, пластмасс, стекла (в том числе однократного применения); хирургические и стоматологические инструменты (в том числе вращающиеся).	инфекция бактериальной (включая туберкулез, ВБИ), вирусной (в том числе аденовирусы, полиомиелит, гепатит В, ВИЧ), грибковой (кандидозы, дерматофитии) этиологии	1,0 2,0 3,0	60 30 15	Погружение
	Наркотно-дыхательная аппаратура и приспособления к ней (в том числе анестезиологические шланги)	Инфекция бактериальной (включая туберкулез, ВБИ), вирусной (в том числе аденовирусы, полиомиелит, гепатит В, ВИЧ), грибковой (кандидозы) этиологии	1,0 2,0 3,0	60 30 15	Погружение
	Оттиски, зубопротезные заготовки.				
	Слюноотсасывающие стоматологические системы				Промывание с последующим заполнением

Емкости с дезинфицирующими, моющими и стерилизующими средствами должны иметь четкие надписи с указанием названия препарата, его концентрации, назначения даты приготовления, предельного срока годности.

Предстерилизационная очистка

Предстерилизационная очистка предусматривает удаление с изделий белковых, жировых, механических загрязнений и проводится механизированным и ручным способами. Разъемные изделия подвергают предстерилизационной очистке в разобранном виде. Механизированную очистку проводят с использованием ультразвука в установках в соответствии с инструкциями, прилагаемыми к оборудованию. Инструменты, предназначенные для ультразвуковой очистки, после дезинфекции предварительно прополаскивают проточной водой в течение 3-5 мин, помещают в приспособление для загрузки и заливают моющим раствором на 15 мин. Последующие 5 этапов проводятся согласно ОСТ 42-21-2-85 "Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения"

Ручной способ очистки состоит из 6 этапов:

1) Удаление остатков дезинфицирующих средств с изделий (таблица 4) проточной водой.

2) Замачивание на 15 мин в моющем растворе (предварительно подогретом без инструмента) при условии полного погружения изделий. Температура нагрева при применении перекиси водорода с СМС "Лотос", "Астра", "Прогресс" – 50-55 °С. Для определения температуры используется водный термометр.

3) Промывание каждого инструмента в моющем растворе при помощи ерша или ватного марлевого тампона - 0,5 мин. Температура раствора не поддерживается.

4) Ополаскивание проточной водой (при применении моющего средства "Биолот" – 3-4 мин., "Прогресс", натрия двууглекислого - 5 мин, остальных СМС - 10 мин).

5) Ополаскивание дистиллированной водой - 0,5 мин на каждый инструмент.

6) Сушка горячим воздухом до полного исчезновения влаги в сушильном шкафу при температуре 85 °С.

Ультразвуковые мойки обеспечивают быстрый, безопасный и эффективный способ обработки, в результате которой удаляются глубокие загрязнения. Необходимое время и температура легко программируются. Для приготовления моющего раствора необходимо иметь маркированные мерные емкости. Раствор перекиси водорода с синтетическими моющими средствами можно использовать в течение суток с момента приготовления (если цвет раствора не изменился) и подогревать до 6 раз.

Растворы перекиси водорода с моющими средствами в рекомендуемых концентрациях – прозрачные жидкости с желтоватым оттенком, не имеют неприятного запаха, не портят обрабатываемые предметы, слабо корродируют металлы, обладают одновременно бактерицидным и спороцидным, дезинфицирующим и моющим свойствами, нетоксичны для персонала. Для проведения предстерилизационной очистки медицинского инструментария не рекомендуется использовать таблетки гидроперита, т. к. их растворы имеют повышенную коррозионную активность и быстро выводят из строя инструменты, особенно с режущими поверхностями.

Таблица 4

Варианты состава моющего раствора

Компоненты	Количество компонентов для приготовления 1 л моющего раствора (мл)
Перекись водорода 3%	200
"Лотос", "Астра" и т. д.	5,0
Вода дистиллированная	795
Пергидроль: 27,5%	17
30,0%	16
33,0%	15
"Прогресс", "Астра" и т. д.	5,0
Вода дистиллированная	до 1 л раствора

Кипячение стоматологических инструментов в 2% растворе натрия двууглекислого в течение 15 мин обеспечивает одновременно предстерилизационную очистку и дезинфекцию (таблица 5). После дезинфекции изделий рекомендуется использовать для очистки замачивание в 3% растворе натрия двууглекислого при температуре 40-50 °С с соблюдением всех этапов по ОСТ 42-21-2-85.

Таблица 5

Компоненты для приготовления содового раствора

Компоненты	Содержание компонентов для приготовления 1л моющего раствора (мл)	Использование
Натрий двууглекислый (пищевая еода)	20,0	При ручной очистке методом кипячения 15 мин
Вода питьевая	980	
Натрий двууглекислый (пищевая сода)	30,0	Ручная очистка осуществляется при подогреве р-ра до 50 °С, затем инструменты замачиваются в нем на 15 мин
Вода питьевая	970	

Наиболее оптимальным и экономичным вариантом является сочетание в одном этапе дезинфекции и предстерилизационной очистки. Имеется достаточно большой выбор дезинфицирующих средств, пригодных для этих целей (таблица 6).

Таблица 6

Примеры дезинфицирующих средств, пригодных одновременно для дезинфекции и для предстерилизационной очистки

№ п/п	Компонент	Концентрация (%)	Время обработки (мин)	Использование
1.	Лизетол АФ	4,0	30	Ручная очистка мед. изделий из стекла, резины металла
		5,0	15	
2.	Виркон	2,0	10	Ручная очистка мед. изделий из стекла, резины металла
3.	Лизафин	1,0	60	Ручная очистка мед. изделий из стекла, резины металла
		1,5	30 при t не менее 18 °С	
		2,0	15	
4.	Самаровка	2,0	90 при t не менее 18 °С	Ручная очистка мед. изделий из стекла, резины металла
		3,0	60	
5.	Амиксан	1,0	60	Ручная очистка мед. изделий из стекла, резины металла
		2,0	30 при t не менее 18 °С	
		3,0	15	

6.	Триосент-микст	2,0 4,0	90 при t не менее 18 °С 60	Ручная очистка мед. изделий из стекла, резины металла
7.	Клиндезин-специаль	1,0 2,0	60 при t не менее 18 °С 15	Ручная очистка мед. изделий из стекла, резины металла
8.	Диабак	2,0 3,5 8,0 9,0	90 60 при t не менее 18 °С 30 15	Ручная очистка мед. изделий из стекла, резины металла

Контроль качества предстерилизационной очистки изделий медицинского назначения

Самоконтроль проводят ежедневно (ст. медсестра и сотрудники, проводившие обработку).

Контролю подлежат не менее 3-5 единиц каждого наименования.

Качество предстерилизационной очистки медицинских изделий оценивают:

- на наличие остаточной крови с помощью азопирамовой пробы;
- на наличие остаточных количеств щелочных компонентов моющего средства с помощью фенолфталеиновой пробы.
-

Азопирамовая проба

Непосредственно перед постановкой пробы готовят рабочий раствор, смешивая равные объемные количества азопирама и 3% раствора перекиси водорода. Рабочий раствор азопирама должен быть использован в течение 1-2 часов. При более длительном стоянии может появиться спонтанное розовое окрашивание реактива.

Нельзя подвергать проверке горячие инструменты, а также держать рабочий раствор на ярком свете или при повышенной температуре.

Пригодность рабочего раствора азопирама проверяют в случае необходимости: 2-3 капли наносят на пятно крови. Если не позже, чем через 1 минуту появляется фиолетовое окрашивание, переходящее затем в сиреневый цвет, реактив пригоден. Если окрашивание в течение 1 минуты не появляется реактивом пользоваться нельзя.

Контролируемое изделие протирают марлевой салфеткой, смоченной реактивом, или 2-3 капли реактива с помощью пипетки наносят на изделия. Реактив оставляют внутри изделия в течение 0,5-1 минуты, после чего его сливают на марлевую салфетку.

Фенолфталеиновая проба

Готовят 1% спиртовой раствор фенолфталеина на 96° этиловом спирте. Этот раствор может храниться во флаконе с притертой пробкой в холодильнике в течение месяца.

О наличии на исследуемых изделиях остаточных щелочных компонентов моющего средства свидетельствует появление розового окрашивания реактива.

При положительных пробах на кровь, щелочные компоненты всю группу контролируемых изделий подвергают повторной обработке до получения отрицательных результатов.

Стерилизация

Проводится для предупреждения распространения ряда инфекционных заболеваний, возбудители которых передаются через кровь и биологические жидкости. Стерилизация предусмотрена для всех изделий, которые контактировали с кровью, раневой поверхностью, слизистой оболочкой полости рта. Стерилизации должны быть подвержены стоматологические наборы в лотках, боры, фрезы, зеркала и другие стоматологические инструменты.

Существуют следующие методы стерилизации:

1. Воздушный.
2. Паровой.
3. Химический: газовый, холодный.

Воздушный метод стерилизации в сухожаровых шкафах используется для изделий из металла и стекла. Режим стерилизации 180 °С в течение 60 мин или 160 °С - 150 мин. Для контроля режима стерелизации используют термовременные индикаторы, например при 160 °С используется индикатор – ИС-160 фирмы «Винар», а при 180 °С - термовременный бумажный ИС-180. Каждый цикл работы стерилизатора фиксируется в журнале, где указываются наименования всех изделий, параметры и результаты контроля.

Паровой метод стерилизации используется для изделий из стекла, резины, коррозионно-стойких металлов и других металлов, изделий из текстильных материалов. Автоклавирование проводится при 2 атм. ($\pm 0,2$ атм.) в течение 20 мин при температуре $132\text{ }^{\circ}\text{C} \pm 2,0\text{ }^{\circ}\text{C}$ - для изделий из силиконовой резины, стекла, текстильных материалов и стойких металлов. При давлении 1,1 атм. ($\pm 0,2$ атм.) в течение 45 мин и температуре $120\text{ }^{\circ}\text{C} \pm 2\text{ }^{\circ}\text{C}$ стерилизуются изделия из латекса, резины и отдельных полимерных материалов.

Надежность паровой стерилизации контролируется с использованием визуального метода (время, давление, порядок работы на стерилизаторе), химический метод (термовременные индикаторы) с отметкой данных каждого цикла автоклавирования в «Журнале работы автоклава» установленного образца, бактериологического контроля, биотестов.

Химический метод наиболее часто применяется для стерилизации изделий из коррозионно-нестойких металлов, резины, специального стекла. Для сте-

рилизации используются пластмассовые, стеклянные, эмалированные емкости с плотно закрывающимися крышками. Изделия, подвергаемые стерилизации, полностью погружают в раствор; после окончания стерилизации их извлекают из раствора с помощью стерильного пинцета и дважды погружают в емкости с дистиллированной водой на 5 мин, меняя ее каждый раз при соблюдении асептических условий.

Таблица 7

Средства, применяемые для стерилизации химическим методом, их концентрация и экспозиция

Стерилизующие химические соединения	Температура стерилизации	Время экспозиции
6% перекись водорода	18-20°C	6ч
6% перекись водорода	50 °С	3ч
20% р-р «Бианола»	21±1°C	10ч
10% р-р «Гигасепта ФФ»	-	10ч
1% р-р «Дезоксона-1»	18°C	45 мин
«Сайдекс» готовый раствор	18°C	4ч
8% «Лизоформин-3000»	50°C	1ч

Предварительно емкости стерилизуют паровым методом при температуре 132 °С в течение 20 мин, после чего инструмент стерильным пинцетом переключают в асептических условиях в стерильные биксы, выстланные стерильной простыней. Срок хранения в вышеуказанных условиях не более 3 суток.

При газовом методе стерилизации применяются окись этилена, пары 40% раствора формальдегида в спирте, 10% раствор «Гигасепта ФФ».

2.2. Особенности дезинфекционно-стерилизационных мероприятий в стоматологических кабинетах различного профиля

Терапевтические кабинеты

- Во время работы кабинета после каждого пациента обрабатывают подголовники и сиденье кресла ветошью, смоченной раствором одного из дезсредств разрешенных к применению в присутствии пациента.
- Стерильные инструменты, простерилизованные в открытом виде, хранят на стерильном столе.

Правила накрытия стерильного стола:

- Стерильный стол накрывается на 6 часов после проведения влажной уборки помещения и бактерицидного облучения воздуха.
- Медсестра убирает волосы под колпак, надевает маску, моет руки под теплой проточной водой с двукратным намыливанием (до «крутой пены»), проводит гигиеническую дезинфекцию рук (АХД-2000 специаль, лизини, 70% этиловый спирт, 0,5% раствор хлоргексидина биглюконата в 70% этиловом спирте

или другие кожные антисептики в количестве 3 мл наносят на кисти рук и втирают в кожу досуха; вытирать руки после гигиенической дезинфекции не следует)

- Медсестра надевает стерильный халат и стерильные перчатки и приступает к подготовке стерильного стола.
- Все неиспользованные в предыдущую смену инструменты снимаются и отправляются для повторной стерилизации, отдельно складывается и подвергается повторной стерилизации использованное белье для накрытия стерильного стола.
- Поверхность стола протирается ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе (например, 0,1% раствор Жавель-Солида, Деохлора и т.п.), двукратно с интервалом 15 минут, затем протирается сухой стерильной ветошью.
- Стол накрывается стерильной простыней в один слой так, чтобы она свисала на 15-20 см ниже поверхности стола.
- Складывается вдвое еще одна стерильная простыня и укладывается поверх первой по периметру стола.
- Выкладываются на стол инструменты, перевязочный материал в удобном для использования порядке.
- Разложенный инструментарий накрывается сложенной в два слоя стерильной простыней, которая должна полностью закрывать все предметы, находящиеся на столе (в итоге - снизу три слоя стерильных простыней, сверху - два).
- Верхние два слоя стерильной простыни плотно скрепляются зажимами с нижней простыней с 4-х сторон. На один из уголков помещается бирка с указанием даты и часа накрытия данного стола,
- Пространство вокруг стерильного стола - зона ограниченного передвижения, куда запрещено заходить всем, кроме медсестры, работающей с этим столом.
- Брать инструменты и перевязочный материал с накрытого стерильного стола разрешается только медсестре. Она должна делать это только стерильным пинцетом. После забора стерильного инструмента верхние и нижние слои простыней вновь скрепляются зажимом. Запрещается оставлять открытым стерильный стол во время работы.
- Пинцеты для забора стерильного материала в течение рабочей смены хранят в стерильной емкости с 6% раствором перекиси водорода. Пинцет и емкость для хранения, а также дезраствор меняют каждые 6 часов. Необходимо иметь несколько стерильных пинцетов, замену их производить через каждые 1,5 часа (на 6 часов работы - не менее 3-4 пинцетов).
- Запрещается возвращать на стерильный стол неиспользованные инструменты и перевязочный материал, а также хранить на стерильном столе шприцы с набранными лекарствами.

В последнее время для продолжительного хранения предварительно простерилизованных медицинских инструментов используют УФ-бактерицидные камеры. Камеры обеспечивают постоянную готовность к работе стоматологических инструментов в процессе 7 суток хранения. При подготовке к работе

наружные поверхности камеры обрабатывают дезинфекционными средствами в соответствии с методическим документом по применению конкретного средства, лампу и отражатель протирают тампоном, смоченным 95° этиловым спиртом. Внутренние поверхности и решетку камеры промывают с помощью средств, разрешенных для предстерилизационной очистки, остатки моющих средств смывают прокипяченной водой, после чего двукратно (через час) протирают ветошью, смоченной 6% раствором перекиси водорода. Крышку камеры закрывают и включают бактерицидную лампу на 30 минут. После такой обработки камера готова к загрузке стерильными инструментами. Загрузку камеры проводят в асептических условиях. Персонал, проводящий загрузку камеры, должен использовать при этом стерильную спецодежду и резиновые перчатки. Стерильные инструменты в камере раскладывают стерильным корнцангом или пинцетом в *одну* *слой*, продвигаясь от задней стенки к передней. После загрузки материала крышку закрывают. После окончания обработки материала загорается световой индикатор (например зеленый), свидетельствующий о готовности инструментария к использованию. Если крышка камеры была открыта более 10 минут, все инструменты вновь подлежат стерилизации, а камера – повторной перезагрузке.

По истечении 7 суток эксплуатации, камера должна быть подвергнута дезинфекционной обработке, а оставшиеся в камере неиспользованные инструменты должны быть вновь простерилизованы.

- Стекланные емкости для хранения ваты на манипуляционном столе стерилизуют ежедневно.
- В целях продления сроков реализации стерильных ватных тампонов их помещают в крафт-пакеты (по 20 -25 штук). В этом случае при вскрытии бикса из него извлекается необходимое количество пакетов. Остальные пакеты, оставшиеся в биксе, могут быть реализованы на вторые и третьи сутки.
- Ватные тампоны достают из емкостей (пакета) пинцетом, входящим в стоматологический набор, до начала лечения пациента. В процессе лечения для этих целей используют дополнительный стерильный пинцет.
- Для каждого пациента используют индивидуальный стоматологический набор, в состав которого входят зонд, пинцет, зубо-врачебное зеркало, гладилка, штопфер, а также боры и необходимые эндодонтические инструменты. Все инструменты должны быть стерильными. Стерилизацию проводят паровым или воздушным методом. Боры, эндодонтические инструменты, зубо-врачебные зеркала могут быть простерилизованы в гласперленовых стерилизаторах, которые должны иметь регистрационное удостоверение МЗ РФ. Стерилизация боров и эндодонтических инструментов достигается при погружении этих инструментов на 20 секунд в среду нагретых до высокой температуры мелких стеклянных шариков. После стерилизации боры и инструменты для эндодонтии хранят в предварительно простерилизованных боксах (чашках Петри) в закрытом виде и используют в течение смены.
- Зубо-врачебные зеркала стерилизуют в гласперленовом стерилизаторе в течение 60 секунд. После стерилизации хранят в стерильном лотке под стерильной салфеткой.

- При лечении больных с пульпитом и периодонтитом выделяют емкость с дезраствором для использованных пульпоэкстрактов. Повторное использование пульпоэкстрактора, в том числе у одного и того же больного, не допускается.
- Сразу же после окончания лечения все инструменты, материалы и другие изделия медицинского назначения подлежат обеззараживанию.
- Боры и эндодонтические инструменты (дрель-боры, корневые иглы, каналонаполнители и т.д.) лучше всего обеззараживать в дезинфекционных средствах, позволяющих объединить дезинфекцию и предстерилизационную очистку в один процесс.
- Для дезинфекции зубоврачебных зеркал можно использовать 6% р-р перекиси водорода, время обеззараживания 60 минут. После окончания экспозиции зеркала ополаскивают проточной водой, протирают стерильной салфеткой и хранят в стерильном лотке под стерильной салфеткой.
- Дезинфекцию проводят в закрытых емкостях при полном погружении инструментов в раствор дезинфектанта.
- После дезинфекции стоматологические инструменты многократного применения, подвергают предстерилизационной очистке и стерилизации.
- Карпульные шприцы после каждого пациента обеззараживают двукратным протиранием стерильным тампоном, смоченном 70° этиловым спиртом, в конце смены подвергают дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации. Наконечники к бормашинам дезинфицируют путем двукратного протирания (до и после лечения пациента) наружных поверхностей и канала для бора стерильным марлевым тампоном, смоченным 70° этиловым спиртом или мыльным дезраствором.
- Наконечники для диатермокоагуляции, скеллеры для снятия зубных отложений, наконечники для ополаскивания после каждого использования подвергают дезинфекции, очистке, стерилизации.
- Два раза в день после первой смены и в конце рабочего дня дезинфицируют отсасывающие установки.

Для очистки, смазывания и стерилизации наконечников и турбин может быть использован комбинированный автоклав ДАС 2000 (фирма «Nitram Dental A/S»).

Хирургические кабинеты и операционные стоматологического профиля

- Кабинет должен быть обеспечен достаточным количеством инструментария для бесперебойной работы в течение одной смены при однократной стерилизации. Необходимо иметь не менее 20 почкообразных лотков, 15 щипцов каждого вида - для удаления зубов верхней челюсти (байнетные щипцы), для удаления зубов нижней челюсти (клювовидные щипцы), 15 зеркал, а также кюретажные ложки, элеваторы, гладилки и другие инструменты.
- В кабинете строго следят за сроками реализации стерильного материала и инструментов. В тех случаях, когда стоматологические инструменты стерили-

зуют в воздушных стерилизаторах без упаковки, стерилизацию необходимо проводить непосредственно перед накрытием стерильного стола. Предметы со стерильного стола медицинская сестра должна брать корнцангом или длинным пинцетом, который вместе с емкостью для его хранения ежедневно подвергают стерилизации. Во время работы пинцет для стерильных изделий хранят в 0,5% растворе хлорамина, 1% водном растворе хлоргексидина биглюконата.

- Не использованные в течение смены материалы и инструменты со стерильного стола направляют на повторную стерилизацию. Хранение на стерильном столе шприцев с набранным лекарством запрещается.
- Хирургический кабинет обеспечивают средствами для обработки рук: 70° этиловым спиртом, 2,5 % спиртовым раствором хлоргексидина биглюконата, октенидермом, сагросептом, диасептиком и др.
- Хирургические манипуляции проводят только в стерильных перчатках, которые меняют после каждого пациента.

Ортопедические кабинеты

- В работе врача-ортопеда, кроме индивидуального стоматологического набора и специальных боров для разных видов работ, используют стоматологические диски (алмазные и каменные), фрезы, дискодержатели, коронкорезы, коронкосниматели, ложки для снятия оттисков (металлические или пластиковые), шпатели ортопедические, чашки резиновые, ножи-шпатели и др. инструмент.

Кабинет должен быть обеспечен достаточным количеством коронкоснимателей (не менее 2-х на каждое врачебное кресло) и крючков к ним.

Все инструменты, используемые для лечения пациента, должны быть стерильными.

Ротационные инструменты могут стерилизоваться в течение 20 секунд в гласперленовых стерилизаторах.

Хранение стерильных инструментов осуществляют также, как и в терапевтическом кабинете.

Инструменты, использованные для работы с пациентом, подлежат дезинфекции.

- После дезинфекции все инструменты, за исключением шпателей ортопедических, ортопедических ножей-шпателей подвергают предстерилизационной очистке и стерилизации.
- Слепочные ложки механически очищаются от остатков слепочной массы и погружаются в раствор. Дезинфекцию и предстерилизационную очистку слепочных ложек целесообразно проводить в ультразвуковых ваннах с использованием указанных выше дезинфекционных средств. Стерилизацию слепочных ложек проводят паровым или воздушным методом. Хранят в упаковке, в которой проводилась стерилизация. Повторное применение пластиковых ложек, не подлежащих стерилизации, не допускается.

- Стаканы многоразового использования обеззараживают погружением в приведенное в таблице дезсредство.

После окончания экспозиции стаканы промывают под проточной водой до полного исчезновения запаха дезинфектанта и хранят в специальной емкости.

- Наконечники к бормашинам обрабатывают так же, как и в терапевтическом кабинете.
- В ортопедическом кабинете дезинфекции подлежат и зубопротезные изделия. Дезинфекцию изделий проводят перед направлением в зуботехническую лабораторию и перед внесением в полость рта.
- Для дезинфекции оттисков из альгинатных, силиконовых материалов, полиэфирной смолы гидроколлоида, зубопротезных заготовок из металла, керамики, пластмасс и др. материалов применяют средство МД-520.

Оттиски, зубопротезные заготовки предварительно отмывают водой, соблюдая при этом противоэпидемические меры индивидуальной защиты, затем дезинфицируют в неразбавленном растворе средства МД-520 в течение 10 мин.

Емкость закрывают крышкой. По окончании дезинфекции оттиски, зубопротезные заготовки промывают проточной водой по 30 секунд. Средство МД 520 используют многократно в течение недели, обрабатывая при этом не более 50 оттисков. При изменении внешнего вида раствора его следует заменить.

- Обеззараженные зубопротезные изделия помещают в индивидуальную упаковку для хранения. Перед внесением в полость рта протез ополаскивают водопроводной водой.
- Обеззараживание ношенных протезов, поступающих от больных на коррекцию (починку), производят в отдельной емкости.

Основные требования к работе физиотерапевтического кабинета.

- В одном из помещений физиотерапевтического кабинета проводят диагностический осмотр врачом-стоматологом, который использует при этом индивидуальный стоматологический набор. Все инструменты, входящие в этот набор, обрабатываются по режимам, используемым в терапевтическом кабинете.

Медицинская сестра кабинета занимается непосредственным выполнением физиотерапевтических процедур, подготовкой аппаратов и используемых инструментов к работе.

- Съёмные десневые и точечные электроды подвергают дезинфекции путем кипячения в специально выделенных емкостях с крышкой. Кипячение проводят в дистиллированной воде в течение 30 минут с момента закипания.
- Используемые для аппликаций в полости рта ватно-марлевые тампоны должны быть стерильными.
- Тубусы к аппарату КУФ, предназначенному для ультрафиолетового облучения, обеззараживают кипячением в течение 30 минут. После дезинфек-

ции тубусы подлежат предстерилизационной очистке и стерилизации по общепринятой методике.

- Световоды для установки лазерного облучения, стеклянные электроды к аппарату дарсонвализации после каждого больного протирают тампоном, смоченным этиловым спиртом и погружают в 70° этиловый спирт на 30 минут. Смену спирта осуществляют через трое суток.
- Корневые иглы, используемые для электрокоагуляции, подвергают предстерилизационной очистке и стерилизации и используют однократно.

2.3. Обеззараживание воздуха

Для обеззараживания воздуха и поверхностей используют бактерицидные лампы. Количество и мощность бактерицидных ламп подбирается с таким расчетом, чтобы обеззаразить помещение от золотистого стафилококка с бактерицидной эффективностью 99% за время 30 минут.

Бактерицидные лампы должны содержаться в чистоте, так как даже тонкий слой пыли существенно задерживает поток излучателя. Один раз в неделю ультрафиолетовые облучатели протирают сухой марлевой салфеткой.

Бактерицидные лампы включают на 30 минут перед началом работы и после окончания смены, при этом выключатель устанавливают вне кабинета. После выключения ламп в помещение входят через 30 минут, в связи с образованием в воздушной среде озона, представляющего серьезный риск для здоровья человека. При включенных лампах на дверях должно загораться световое табло «Не входить!». Бактерицидные лампы, прогоревшие гарантированный срок службы, должны заменяться на новые. Для этого необходимо вести учет времени работы облучателей в помещении. По мере работы ламп идет снижение бактериального потока, чтобы его скомпенсировать, необходимо после истечения 1/3 номинального срока службы ламп увеличить начально установленную длительность облучения в 1,2 раза и после 2/3 срока в 1,3 раза. Учет времени работы облучателей и изменения длительности облучения должны заноситься в журнал регистрации и контроля работы бактерицидной установки.

При постоянном пребывании людей в помещении применяют облучательные установки-рециркуляторы, обеззараживающие воздух помещений в присутствии людей. Воздух обеззараживается при прохождении через закрытую камеру рециркулятора, внутренний объем которой облучается излучением бактерицидных ламп.

2.4. Обработка рук медицинского персонала

В учреждениях и кабинетах медицинского профиля обработка рук персонала включает:

- обычное мытье рук;
- гигиеническую дезинфекцию (антисептику) рук;
- хирургическую дезинфекцию (антисептику) рук.

Обычное мытье рук

1. Снять кольца, перстни и другие украшения (затрудняют удаление микроорганизмов, затрудняют надевание перчаток, повышают вероятность их разрыва).
2. Под умеренной струей комфортно теплой воды руки следует энергично намылить и тереть друг о друга не менее 10 секунд в соответствии с методикой, представленной на рисунке № 1, после чего ополоснуть. Обработку рук мылом следует проводить двукратно.
3. Высушить руки одноразовым бумажным полотенцем, которым затем закрыть кран.
4. Запрещается пользоваться общим полотенцем, которое не меняется в течение всей рабочей смены (а иногда и нескольких дней). Полотенца должны быть строго индивидуальными и сухими.
5. Для обычного мытья рук предпочтительно жидкое мыло в дозаторах однократного применения. При использовании мыла в кусках следует использовать мыльницы, которые позволяют мылу высыхать между отдельными эпизодами мытья рук (например, с магнитной подвеской).

Когда проводится обычное мытье рук?

- перед гигиенической дезинфекцией рук и последующего надевания перчаток;
- перед употреблением пищи;
- после посещения туалета;
- после каждого снятия перчаток, перед гигиенической дезинфекцией рук;
- во всех случаях, когда руки явно загрязнены.

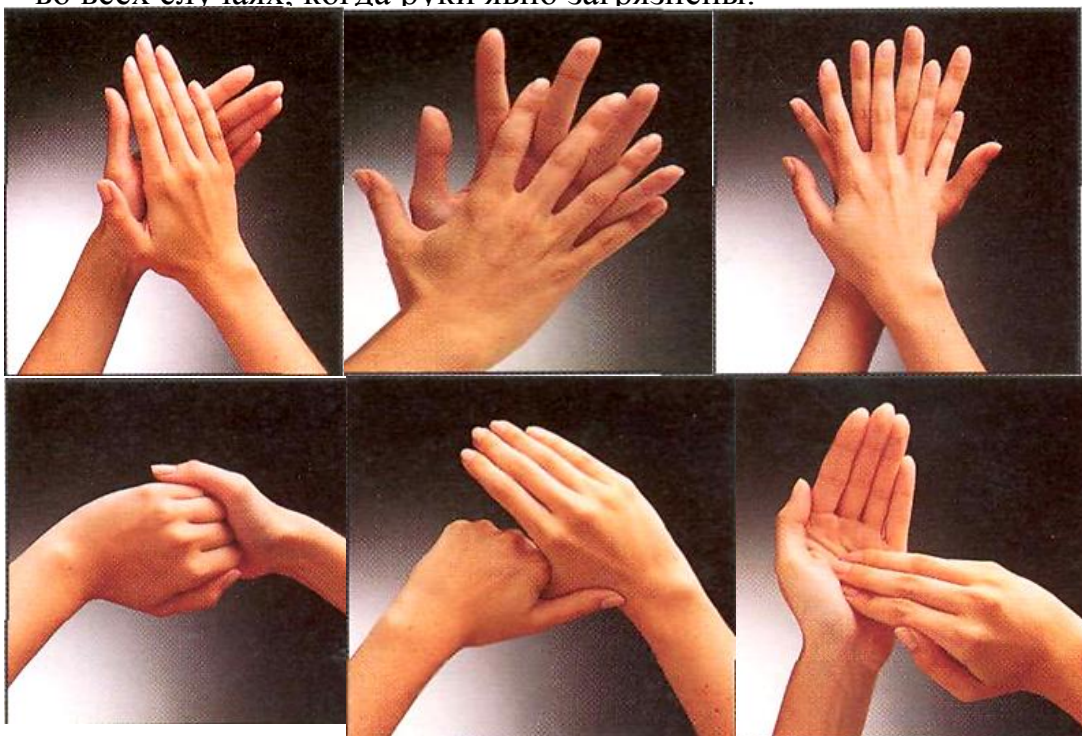


рис.1. Техника мытья рук

Гигиеническая дезинфекция (антисептика) рук

1. После обычного мытья рук с мылом на руки наносится 3-5 мл антисептика (АХД-2000 спентиал-экспресс, лизанин, 70% этиловый спирт, 0,5% р-р хлоргексидина биглюконата в 70% этиловом спирте, диасептик, триосепт-аква или другие кожные антисептики) в соответствии с методикой, показанной на рис. № 1.
2. Антисептик втирать в кожу до высыхания (вытирать руки не следует!)
3. Руки должны быть влажными от антисептика не менее 15 сек.

Когда проводится гигиеническая дезинфекция (антисептика) рук?

- перед надеванием перчаток после обычного мытья рук;
- после снятия перчаток и обычного мытья рук;
- перед и после контакта с пациентом;
- после контакта с кровью, слюной и другими биологическими жидкостями пациентов.

Хирургическая дезинфекция (антисептика) рук

1. Руки моют в течение 2 мин. проточной водой с мылом, дважды намыливая их, затем насухо вытирают стерильной салфеткой. Щетки применять не обязательно. Если щетки применяются, то следует использовать мягкие стерильные щетки однократного применения, или щетки, способные выдержать автоклавирование. При этом пользоваться щетками следует только для обработки околоногтевых областей.
2. После высушивания в кожу рук двукратно втирают по 5 мл антисептика до полного высыхания (лизанин, АХД-2000 специаль, дегмин, 0,5%, раствор хлоргексидина биглюконат в 70% этиловом спирте, диасептик, триосепт-аква или другие кожные антисептики в установленном порядке).
3. На высохшие руки тотчас надевают стерильные перчатки.

Когда проводится хирургическая дезинфекция (антисептика) рук?

- перед любыми хирургическими вмешательствами.

3. Профилактика профессиональных заражений

3.1. Администрация учреждения должна обеспечивать врачей-стоматологов и зубных техников:

- бытовыми помещениями (гардеробные с индивидуальными шкафами для раздельного хранения домашней специальной и верхней одежды);
- помещениями для приема пищи, оборудованные плитой, раковиной с подводкой горячей и холодной воды, холодильником:

- средствами индивидуальной защиты (масками, защитными шитками, очками, перчатками);
- спецодеждой (халатами, шапочками, индивидуальными полотенцами);
- своевременную смену спецодежды (терапевтам - не реже 2-х раз в неделю, хирургам - ежедневно, зубным техникам - не реже 1 раза в неделю и при загрязнении);
- централизованную стирку спецодежды (по договорам с прачечными);
- инструкциями по охране труда и технике безопасности на каждый работающий прибор (диатермокоагулятор, ультразвуковой очиститель, одонтометр и др.).

3.2. Для профилактики профессионального инфицирования медицинских работников необходимо соблюдение следующих нормативных правил

3.2.1. При выполнении любых манипуляций медицинского характера медицинский работник должен быть одет в халат, шапочку, одноразовую маску (а при необходимости - защитные очки или щитки), сменную обувь, выходить в которых за пределы отделения, лаборатории, манипуляционного кабинета и др. **запрещается.**

3.2.2. Все манипуляции, при которых может произойти загрязнение рук кровью, сывороткой крови или другими биологическими жидкостями проводят в двойных одноразовых перчатках.

3.2.3. Работники всех медицинских специальностей должны соблюдать меры предосторожности при выполнении манипуляций с режущими и колющими инструментами (иглы, скальпели, боры и др.); следует избегать уколов, порезов перчаток и рук.

3.2.4. Разборку, мойку, ополаскивание медицинского инструментария, пипеток, лабораторной посуды, приборов или аппаратов, которые соприкасались с кровью или биологическими жидкостями пациента, проводят только в перчатках после их предварительной дезинфекции дезинфицирующим раствором, обладающим вирулицидным действием.

3.2.5. При наличии ран на руках, экссудативных поражений кожи или мокнущего дерматита, медработника на время заболевания отстраняют от ухода за пациентами и контакта с предметами для ухода за ними. При необходимости выполнения работы все поврежденные участки закрывают лейкопластырем, лифузолом или напалечником.

3.2.6. Все рабочие места (процедурный кабинет, манипуляционная и т. п.) обеспечивают дезинфицирующим раствором и аварийной аптечкой.

3.2.7. Для профилактики инфицирования медицинского работника и предотвращения заражения пациентов во время медицинских манипуляций проводят следующие мероприятия:

3.2.7.1. Тщательно моют руки после осмотра каждого пациента или проведения процедур, при которых возможен контакт с инфицированным материалом.

3.2.7.2. После процедур высокой степени риска (парентеральные процедуры и те, при которых происходит контакт с сильно изъязвленными слизистыми и кожей) руки моют с применением современных хирургических кожных антисептиков. При их отсутствии руки моют водой с мылом с последующим высушиванием и обработкой их 70% раствором этилового спирта.

3.2.7.3. После процедур со средней и низкой степенью риска (контакт с неповрежденными слизистыми оболочками и кожей) руки моют водой с мылом.

3.2.7.4. При подготовке к проведению манипуляции больному с ВИЧ-инфекцией проверяют наличие и целостность аварийной аптечки.

3.2.7.5. Все оперативные вмешательства проводят в присутствии второго специалиста, который продолжает их выполнение в случае аварийной ситуации.

3.2.7.6. Одноразовый инструментарий используют только однократно.

3.2.7.7. Многоразовый хирургический, стоматологический и другой медицинский инструментарий применяют только для данной категории больных, обеспечив его обработку и хранение в отдельных емкостях.

3.2.7.8. Медицинский работник обязан относиться к крови и биологическим жидкостям организма как к потенциально заразному материалу.

3.2.8. В случае возникновения аварийной ситуации во время оказания медицинской помощи или работы с инфицированными биологическими жидкостями необходимо:

3.2.8.1. При попадании заразного или подозрительного на инфицирование ВИЧ материала на халат, одежду - это место немедленно обрабатывают дезинфицирующим раствором, затем обеззараживают перчатки, снимают халат и замачивают последний в дезинфицирующем растворе (кроме 6% перекиси водорода, нейтрального гипохлорита кальция, которые разрушают ткани) или сбрасывают в стерилизационную коробку для последующей дезинфекции методом автоклавирования. Обувь обрабатывают методом двукратного обтирания ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе. Кожу рук и других участков тела под загрязненной одеждой протирают 70% раствором этилового спирта.

3.2.8.2. При загрязнении рук кровью их обрабатывают тампоном с кожным антисептиком, разрешенным к применению, затем двукратно моют теплой проточной водой с мылом и вытирают насухо индивидуальным полотенцем (салфеткой).

3.2.8.3. При повреждении кожных покровов немедленно обеззараживают перчатки дезинфицирующим раствором, снимают их, выдавливают кровь из ранки, тщательно моют руки под проточной водой с мылом, обрабатывают 70% раствором этилового спирта и смазывают ранку 5% спиртовым раствором йода.

3.2.8.4. При попадании заразного материала на слизистые оболочки:

- глаз – немедленно промывают водой или водным раствором 0,01% марганцовокислого калия;
- носа – обрабатывают 0,05% водным раствором марганцовокислого калия;
- ротоглотки – прополаскивают 0,05% водным раствором марганцовокислого калия или 70% раствором этилового спирта.

3.2.8.5. При попадании заразного материала на пол, стены, мебель, оборудование загрязненные места заливают дезинфицирующим раствором, обладающим вирулицидным свойством на рекомендуемое время обеззараживания (согласно инструкции на дезинфекционное средство), затем тампоном (салфеткой) удаляют смесь заразного материала и дезинфицирующего раствора и сбрасывают его (ее) в дезинфицирующий раствор. Затем поверхность протирают дважды с интервалом в 15 минут дезинфицирующим раствором. Если применяется 70% этиловый спирт - поверхность протирают 3-5 раз, так как спирт быстро испаряется. Исползованную ветошь сбрасывают в емкость с дезинфицирующим раствором или в бак для последующего автоклавирования.

3.2.8.6. Немедленно сообщают руководителю подразделения об аварийной ситуации.

3.2.8.7. Аварийную ситуацию регистрируют в журнале учета аварийных ситуаций подразделения ЛПУ и составляют акт об аварийной ситуации (приложение № 1).

3.2.8.8. В первые минуты при аварийной ситуации (не позднее 72 часов) решают вопрос проведения экстренной химиопрофилактики.

3.2.8.9. До начала приема антиретровирусных препаратов травмированный медицинский работник сдает кровь на ВИЧ-инфекцию и направляется на консультацию в ГУЗ КЦ СПИД (КДЦ или КДК при ЛПУ).

3.2.8.10. При постановке на диспансерный учет заводят индивидуальную медицинскую карту (уч. ф. № 25), в которую вносят запись об аварийной ситуации и проведенных противоэпидемических и профилактических мероприятиях. Устанавливается диспансерное наблюдение в течение 1 года (с момента аварии) с последующим обследованием на ВИЧ-инфекцию через 3, 6, 9 и 12 месяцев. Копии результатов анализов представляют в ГУЗ КЦ СПИД ежеквартально (614000, г. Пермь, ул. Куйбышева, д. 46).

3.2. 8.11. *Перечень медикаментов, входящих в аварийную аптечку для оказания первой медицинской помощи:*

- 70 % этиловый спирт 100,0мл - 1 шт.;
- 5% спиртовой раствор йода 10,0мл - 1 шт.;
- 0,01% водный раствор марганцовокислого калия, 100мл - 1 шт.;
- 0,05% водный раствор марганцовокислого калия, 100мл - 1 шт.;
- мензурка медицинская на 30 мл - 1 шт.;
- бактерицидный пластырь - 1 шт.;

- стерильные глазные пипетки 2 шт.;
- стерильные перевязочные средства (бинты, ватные шарики),
- предметы общемедицинского назначения (градусники, жгут, ножницы, нашатырный спирт).

Аптечка хранится в легкодоступном месте (в биксе или металлическом ящике). Контроль за правильностью хранения и пополнением аптечки осуществляют заведующие подразделениями или назначенные ими лица.

3.3. Весь персонал учреждений пациентов стоматологического профиля в соответствии с приказом МЗ РФ № 229 от 27.06.01г. и № 673 от 30.10.07г. должен привит против ГВ, дифтерии, столбняка, кори (в возрасте до 35 лет), краснухи (в возрасте до 25 лет), в противоэпидемический период – от гриппа.

3.4. Медперсонал обязан проходить предварительные при поступлении на работу и периодические профилактические медицинские осмотры.

3.5. Работники, отказывающиеся от прохождения медицинских осмотров, не допускаются к работе.

Перечень нормативных документов и использованной литературы

- Закон РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 17 марта 1999 г.
- Закон РФ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного контроля» № 134-ФЗ от 8.08.2001 г.,
- Пособие по проектированию учреждений здравоохранения к СНиП 2.08.02-89, раздел 4 «Амбулаторно-поликлинические учреждения»,
- Сан Пин 2.1.4.1074-01 «Питьевая вода и водоснабжение населенных мест»,
- МУ №2671-83 «Нормативы проведения основных санитарно-бактериологических исследований объектов окружающей среды»,
- Сан Пин № 2956а 83 «Устройство и оборудование учреждений стоматологического профиля, охраны труда и личной гигиены персонала»,
- Сан Пин 2.2.4.548-96 «Гигиенические требования к микроклимату производственных помещений».
- Сан Пин 2.2.1\2.1.1.127-03 «Гигиенические требования к естественному, искусственному и совмещенному освещению жилых и общественных зданий»
- Сан Пин 2.2.2\2.4.1340-03 «Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организация работы»
- Приказ № 90 от 1.03.96 г. «О порядке предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентах допуска к профессии».
- ГН 2.2.5.1313-03 Предельно допустимые концентрации (ПДК) вредных веществ в воздухе рабочей зоны».
- ГН 2.2.5.1314-03 «Ориентировочно безопасные уровни воздействия (ОБУВ) вредных веществ в воздухе рабочей зоны»
- ОСТ 42-21-2085 «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения».
- Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.958-00 «Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами».
- Приказ МЗ РФ № 229 от 27.06.2001 г. «О национальном календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям»
- СанПин 2.1.7. 728-99 «Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений»
- МУ 375.736-99 «Технология обработки белья в медицинских учреждениях»
- Инструкция МЗ СССР от 14.03.1989 г. по сбору, хранению и сдаче лома медицинских изделий однократного применения из пластмасс».
- СП 3.1\3.2.1379-03 «Общие вопросы по профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний»
- Приказ МЗ СССР № 720 от 31.06.1978 г. «Об улучшении медицинской помощи больным с гнойными хирургическими заболеваниями и усилении мероприятий по борьбе с внутрибольничной инфекцией».

- Закон Пермской области «О защите населения от туберкулеза и противотуберкулезной помощи» № 186-28 от 03.03.95 г.
- Р.3.1.683-98 «Использование ультрафиолетовых бактерицидных излучений для обеззараживания воздуха и поверхностей в помещениях».
- МЗИМП РФ № 11-16\03-06 от 28.02.95 г. 2 Методические указания по применению бактерицидных ламп для обеззараживания воздуха и поверхностей в помещениях».
- Приказ № 254 от 3.09.1991 « О развитии дезинфекционного дела в стране»
- Методические указания МЗ СССР №28-6э13 от 26.05.1988 г. «Контроль качества предстерилизационной очистки изделий медицинского назначения с помощью реактива "азапирам"».
- МУ МЗ РФ № 15\6-5 от 28.02.91 г. «По контролю работы паровых и воздушных стерилизаторов»
- Сан Пин 2.6.1 802-99 «Гигиенические требования к устройству и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратуры и проведения рентгенологических исследований.
- СП 2.6.1.758-99 Нормы радиологической безопасности (НРБ-99).
- СН 2.2 4\2.1.8. 562-96 «Шум на рабочих местах, в помещениях жилых и общественных зданиях и на территории жилой застройки»
- СН 2.2.4\1.8.566-96 «Производственная вибрация, вибрация в помещениях жилых и общественных зданий»
- СП 1.1.1058.01 « Организация и проведение производственного контроля»
- СП 2.2.2 1327 – 03 «Гигиенические требования к организации технологических процессов, производственному оборудованию и рабочему инструментарию»
- СанПин 2.1.3. 1375-03 «Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров»
- Справочные материалы и комментарии по вопросам санитарного и противоэпидемического режимов в негосударственных лечебно-профилактических учреждениях и кабинетах частно-практикующих врачей стоматологического профиля. Издание официальное / Научный редактор Н.Н. Филатов. – М., 1999. – 40с.
- Организация мероприятий при аварийных ситуациях в случае оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам. Методические рекомендации / Н.Н. Красноперова, К.М. Хафизов, П.М. Лузин. – Пермь, 2007. – 10 с.
- Организация санитарно-эпидемиологического, дезинфекционно-стерилизационного режимов и профилактики профессиональных заражений медицинского персонала в стоматологических поликлиниках (кабинетах). Практическое руководство/ Е.Б. Иванова и соавт. – М. – Мурманск. – 2001. – 103с.

Содержание

1. Введение	2-4
2. Санитарно-гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию эксплуатации основных структурных подразделений.....	4-14
3. Дезинфекционно-стерилизационные мероприятия	14-29
4. Профилактика профессиональных заражений	29-33
5. Перечень нормативных документов и использованной литературы	34-35