**ДЕЗИНФЕКЦИЯ, СТЕРИЛИЗАЦИЯ**

Возбудители инфекционных болезней в процессе реализации механизма

передачи могут находиться на объектах внешней среды, где они сохраняют

жизнеспособность, а при благоприятных условиях размножаются и

накапливаются, что обуславливает возможность заражения восприимчивых.

Длительность пребывания возбудителя во внешней среде определяют

многие факторы, среди которых ведущее значение имеет устойчивость

возбудителя к воздействию неблагоприятных условий окружающей среды,

что и определяет необходимость проведения комплекса

противоэпидемических мероприятий, направленных на вторую

составляющую механизма передачи.

**Дезинфекция** — уничтожение возбудителя инфекционных

(паразитарных) болезней в (на) абиотических объектах окружающей среды,

т.е. на путях его передачи от источника инфекции к восприимчивым людям.

Необходимость проведения дезинфекции определяется устойчивостью

возбудителя инфекционной болезни во внешней среде и спецификой

механизма передачи.

Различают два вида дезинфекции: очаговую и профилактическую.

Очаговую дезинфекцию проводят в эпидемических очагах, т.е. при

выявлении источника инфекции. В зависимости от наличия или удаления

источника инфекции из эпидемического очага очаговую дезинфекцию

подразделяют на текущую и заключительную.

Текущую дезинфекцию назначают с момента выявления больного до его

госпитализации или выздоровления. Ее цель – уничтожение возбудителя

непосредственно после его выделения из организма источника инфекции, а

именно на объектах в окружении больного или носителя. Дезинфекции

подвергают выделения (экскременты, рвотные массы, мокрота,

патологическое отделяемое) больного или носителя, перевязочный материал,

нательное и постельное белье, посуду и другие предметы быта и обстановки.

Текущую дезинфекцию в зависимости от места нахождения источника

инфекции осуществляют проинструктированные лица, ухаживающие за ним,

или медицинские работники.

Заключительную дезинфекцию в эпидемическом очаге проводят после

госпитализации, выздоровления или смерти больного, при

перепрофилировании отделений лечебного учреждения. Целью

заключительной дезинфекции является уничтожение патогенных и условно-

патогенных микроорганизмов, оставшихся в жизнеспособном состоянии на

различных объектах после удаления источника инфекции. Заключительную

дезинфекцию в очаге организуют и проводят работники дезинфекционной

службы Роспотребнадзора после получения Экстренного извещения о

заболевании в сроки от 3 до 12 ч от момента госпитализации больного.

Объем и сроки ее проведения, выбор обеззараживающих средств и режима

их применения, а также перечень предметов и объектов, подлежащих

обработке, зависит от нозоформы инфекционной (паразитарной) болезни,

санитарного состояния очага и регламентируется соответствующими

нормативными документами.

Профилактическую дезинфекцию проводят при отсутствии выявленного

источника инфекции, но предполагая возможность его наличия (например,

лечебно-профилактические учреждения, детские дошкольные и

общеобразовательные учреждения, пищевые предприятия, транспорт и др.).

**Методы дезинфекции.** Для дезинфекции используют: механические,

физические, химические и биологические методы, а также их комбинацию.

Определенную роль при проведении дезинфекции играет механическое

удаление возбудителей с обрабатываемых поверхностей с помощью влажной

уборки, стирки, чистки пылесосом, проветривания, фильтрации (для очистки

воздуха и воды).

В деятельности врачей лечебного профиля особое значение имеет умение

организовать дезинфекционные мероприятий в ЛПУ, которые проводят с

целью предупреждения распространения внутрибольничной инфекции среди

пациентов и персонала.

**Физические методы** заключаются в использовании токов ультравысокой

частоты, лучистой энергии, ультразвука, температурного воздействия

(кипячение, сухой и влажный горячий воздух, водяной пар). Примером

физического воздействия на микроорганизмы является применение камерной

дезинфекции паровым, паровоздушным или пароформалиновым методом.

**Химический метод** дезинфекции основан на воздействии на

микроорганизмы различных химических веществ. При этом используют

различные способы их применения: крупнокапельное или аэрозольное

орошение, протирание поверхностей, погружение в раствор дезинфектанта

или замачивание, засыпание сухим дезинфектантом.

Для химической дезинфекции используют различные по механизму

действия вещества, удовлетворяющие определенным требованиям: они

должны быстро и полностью растворяться в воде или хорошо смешиваться с

ней до получения стойких эмульсий; обеспечивать дезинфицирующий эффект при небольших концентрациях и в короткие сроки; оказывать

бактерицидное действие в том числе при наличии органических примесей;

стойкость при хранении; отсутствие токсического и аллергизирующего

действия на людей; не вызывать порчу обрабатываемых предметов.

Дезинфектанты подразделяют на следующие основные группы

соединений: галоидсодержащие, кислородсодержащие, поверхностно-

активные вещества (ПАВ), гуанидины, альдегидсодержащие, спирты,

фенолсодержащие.

**Биологический метод** обеззараживания основан на использовании

биологических фильтров (обеззараживание сточных вод на полях

фильтрации), биотермических камер, компостирования, антагонистического

действия между биологическими видами.

Комбинированный метод дезинфекции предполагает использование

**Стерилизация медицинская** - полное освобождение вещества или

предмета от микроорганизмов, т.е. уничтожение вегетативных и споровых

патогенных и непатогенных форм, путем воздействия на него физических

или химических агентов.

Стерилизации подвергают изделия медицинского назначения:

• соприкасающиеся с раневой поверхностью;

• контактирующие с кровью или инъекционными препаратами;

• отдельные виды медицинских инструментов, которые в процессе

эксплуатации соприкасаются со слизистой оболочкой и могут вызвать

ее повреждение.

Обработка изделий, подлежащих стерилизации, включает три этапа:

- дезинфекция,

- предстерилизационная очистка,

- стерилизация.

В практике работы ЛПУ, в том числе в стоматологических кабинетах и

отделениях, наиболее широко применяют термический метод стерилизации с

использованием паровых и воздушных стерилизаторов, а также химических

метод стерилизации. Среди новых методов стерилизации – плазменная

стерилизация с использованием высокочастотной плазмы (перекиси

водорода) для обработки, например, эндодонтических инструментов и

использование гласперленовых стерилизаторов для оперативной

стерилизации рабочих поверхностей стоматологических инструментов путем

кратковременного - 20 сек. погружения (боры, корневые иглы) в среду

нагретых до высокой температуры (230°С) стеклянных гранул или на 180 сек.

для зондов, скальпелей и пинцетов.

**Дезинфекционный режим в лечебно-профилактических учреждениях.**

Дезинфекционные мероприятия в ЛПУ занимают главенствующее место в

комплексе профилактических и противоэпидемических мероприятий и

направлены на предупреждение возникновения, ограничение

распространения и ликвидацию внутрибольничной инфекции (ВБИ).

Объем и вид проводимой в ЛПУ дезинфекции определяет профиль

стационара, наличие больных с инфекционными заболеваниями и показатель

заболеваемости внутрибольничной инфекцией. В стационарах постоянно

осуществляют профилактическую, а по показаниям - очаговую (текущую и

заключительную) дезинфекцию.

**ПОРЯДОК ОБРАБОТКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ**

**ИНСТРУМЕНТОВ**

Изделия медицинского назначения в зависимости от риска передачи

возбудителя инфекции разделяют на три категории: критические (высокого

риска заражения), полукритические (среднего риска заражения) и

некритические (малого риска заражения)*.*

К критическим медицинским (стоматологическим) инструментам

относят инструментарий и материалы, которые в процессе их использования

соприкасаются с раневой поверхностью, контактируют с кровью или

инъекционными препаратами, а также отдельные виды стоматологических

инструментов, которые в процессе эксплуатации взаимодействуют со

слизистой оболочкой и могут вызвать её повреждение. Критический

медицинский стоматологический инструментарий должен быть одноразовым

или подвергаться стерилизации. При невозможности автоклавирования

критические инструменты могут быть обработаны методом газовой

стерилизации с использованием оксида этилена, а также методами

низкотемпературной стерилизации.

Полукритическими медицинскими (стоматологическими)

инструментами и материалами являются те, которые контактируя со

слизистой оболочкой не вызывают её повреждения (например, зубоврачебное

зеркало и др.). Большинство полукритических предметов подвергают

дезинфекции высокого уровня с использованием химических дезинфектантов

(глутаровый альдегид, хлорактивные вещества с концентрация активного

хлора не менее 1000 мг/л, стабилизированная перекись водорода,

надуксусная кислота).

Изделия малого риска передачи возбудителя (некритические) в процессе

использования контактируют только с интактной кожей. Например,

предметы окружающей среды, находящиеся в непосредственном

соприкосновении с пациентом (стоматологическое кресло, медицинская

мебель, термометр и др.). Для обработки этих изделий проводят

дезинфекцию низкого уровня (например, с использованием 3% раствора

хлорамина, ПАВ).

**Инструменты однократного применения** после использования

подвергают дезинфекции. Одноразовые изделия, не промывая дополнительно

и не разбирая, погружают, заполняя внутренние полости и каналы, в один из

дезинфицирующих растворов:

• 6,0% перекись водорода – 60 мин;

• 5,0% раствор хлорамина – 60 мин;

• 0,5% активированный раствор хлорамина – 60 мин;

• 1,5% раствор нейтрального гипохлорита кальция – 60 мин.

После дезинфекции медицинские изделия однократного применения

собирают в непрокалываемые контейнеры с соответствующей маркировкой

и хранят до их утилизации (вывоза специализированной организацией,

имеющей лицензию на обращение с медицинскими отходами). При

отсутствии таких организаций обеззараживание использованных шприцев

инъекционных осуществляют в паровом стерилизаторе (автоклаве) при

температуре 132°С 20 мин с целью подвергнуть их деструкции (изменению

внешнего вида и потере потребительских свойств).

**Инструменты многоразового применения** подвергают дезинфекции с

определением конструкции, материала и назначения

стоматологического инструментария. Стоматологические инструменты,

подлежащие стерилизации, подвергают предстерилизационной очистке и

стерилизации.

**Боры и эндоодонтические инструменты (каналонаполнители,**

**прикорневые иглы, дрильборы, пульпоэкстракты).**

В современных условиях эндодонтические инструменты должны быть

одноразового применения, после использования они подвергаются

дезинфекции и в дальнейшем - утилизации. Новые эндоскопические

инструменты используют только после проведения предстерилизационной

очистки и стерилизации. При необходимости повторного использования

отработанные эндодонтические инструменты, а также боры во время приёма

помещают в раствор, состоящий из равных долей 3% перекиси водорода и

10% нашатырного спирта. Дезинфекцию предварительно очищенных от

органических загрязнений боров и другого мелкого инструментария можно

проводить 70% этиловым спиртом, средством "Сайдекс". Обеззараживание

инструментов средством "Сайдекс" проводят в течение 15 мин, 70%

этиловым спиртом -30 мин.

Однако, указанные инструменты предпочтительно обрабатывать с

применением дезинфекционных средств, позволяющих объединить

дезинфекцию и предстерилизационную очистку в один процесс. Инструменты погружают в раствор дезинфектанта сразу после их использования, не допуская подсушивания. Время дезинфекции 30 мин. При проведении дезинфекции и предстерилизационной обработки с

применением ультразвука ее время сокращают до 15 мин.

**Остальные стоматологические инструменты*,*** в том числе

инструменты, для замешивания фиксирующего цемента, резиновые чашки,

многоразовые наконечники для слюноотсосов и т.д. обеззараживают в 3%

растворе хлорамина 60 мин, 4% растворе средства "Лизетол АФ" - 30 мин,

4% растворе средства ИД-212 - 30 мин, 2% растворе средства "Дюльбак

ДТБ/л" - 45 мин.

Карпульные шприцы после каждого пациента обеззараживают

двукратным протиранием стерильным тампоном, смоченным 70% спиртом, в

конце смены стерилизуют. Наконечники к бормашинам дезинфицируют

путем двукратного протирания (до и после лечения пациента) наружных

поверхностей и канала для бора стерильным марлевым тампоном, смочен-

ным 70% этиловым спиртом, 3% раствором хлорамина.

Два раза в день после первой смены и в конце рабочего дня дезинфицируют

отсасывающие установки. Для этих целей используют 2% раствор средства

"Шульке и Майер Матик" или 1% раствор средства Оротол Ультра. Рабочий

раствор указанных средств объемом 1л пропускают через отсасывающую

систему зубоврачебной установки в течение 2 мин и затем оставляют в ней

на 30 мин.

После препарирования зубов с раскрытием зубодесневого желобка (т.е. при

наличии крови) перед дезинфекцией необходимо пропустить через систему

стакан холодной воды.

Каменные диски используют однократно и затем после дезинфекции

утилизируют. Слепочные ложки механически очищают от остатков

слепочной массы и погружают в дезинфицирующий раствор. Стерилизацию

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

на 60 мин в 3% раствор хлорамина.

По окончании экспозиции стаканы промывают проточной водой, до

полного исчезновения запаха дезинфектанта и хранят в специальной емкости.

В ортопедическом кабинете **дезинфекции подлежат и зубопротезные**

**изделия**. Дезинфекцию изделий проводят перед направлением в

зуботехническую лабораторию и перед внесением в полость рта. Оттиски,

зубопротезные заготовки предварительно отмывают водой, соблюдая при

этом противоэпидемические меры индивидуальной защиты.

Режимы дезинфекции стоматологических оттисков из альгинатных,

силиконовых материалов, полиэфирной смолы гидроколлоида,

зубопротезных заготовок из металла, керамики, пластмасс и др. материалов

представлены в Приложении 2.

Емкость с дезинфекционным раствором закрывают крышкой. По

окончании дезинфекции оттиски, зубопротезные заготовки промывают

проточной водой по 30 сек. 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.

**После дезинфекции стоматологические инструменты многократного**

**применения, за исключением зеркал, подвергают предстерилизационной**

**очистке и стерилизации.**

Предстерилизационная очистка имеет целью удаление белковых, жировых,

механических загрязнений, а также лекарственных препаратов.

Наиболее целесообразно и рационально предстерилизационную очистку и

стерилизацию стоматологического инструментария и изделий проводить в

централизованных стерилизационных отделениях (ЦСО), которые

оборудуются при данном лечебном учреждении для удовлетворения

собственных потребностей или обслуживания нескольких лечебных

учреждений.

Предстерилизационная очистка и стерилизация стоматологических

инструментов производится в соответствии с требованиями «Инструкции по

очистке (мойке) и стерилизации стоматологических инструментов» №1609-

77 от 11 марта 1977 г., требованиями ОСТ 42-2-2-77 «Стерилизация и

дезинфекция изделий медицинского назначения. Методы, средства и

режимы», а также Методическим письмом ЦГСЭН в г. Москве от 21.03.95 №

12/20-208 «Организация санитарно-гигиенического и дезинфекционно-

стерилизационного режимов в учреждениях стоматологического профиля».

Предстерилизационная очистка стоматологического инструментария

осуществляют ручным способом или механизированным с помощью

специального оборудования с применением моющих растворов.

Предстерилизационную обработку ручным способом проводят в следующей

последовательности:

• каждый инструмент предварительно ополаскивают проточной водой в

отдельной моечной ванне в течение 30 сек.;

• полностью погружают инструменты на 15 минут в бачок с горячим

(t°= +50°С) моющим раствором, состоящим из комплекса 0,5%

раствора перекиси водорода с 0,5% раствором одного из моющих

средств: «Астра», «Лотос», «Новость», «Айна». При применении

моющего средства «Биолот» время обработки составляет 3 минуты;

• моют инструменты в этом же растворе ершами или ватно-марлевыми

тампонами в течение 30 сек.;

• ополаскивают проточной водопроводной водой из расчета 2000 мл

воды на каждое изделие и затем дистиллированной водой в течение 30

сек.; в случае использования моющих средств «Лотос» или «Астра»

время ополаскивания должно быть равно одной минуте;

• сушат в суховоздушном стерилизаторе горячим воздухом при

температуре 80-85° С до полного исчезновения влаги.

Механизированная предстерилизационная очистка должна производиться

с помощью аппаратов и оборудования струйным методом, ультразвуком или

ершеванием также с применением моющих средств. Методика проведения

механизированной очистки должна соответствовать инструкции по

эксплуатации, прилагаемой к оборудованию.

Моющий раствор после обработки инструментария, загрязненного кровью,

немедленно выливается и заменяется свежим.

Стоматологический инструментарий, использованный при гнойных

операциях и при лечении инфекционных больных, перед

предстерилизационной очисткой подлежит обязательному обеззараживанию

в комплексе 3% перекиси водорода с моющими средствами «Астра»,

«Лотос», «Айна» или «Новость» при температуре 50 С в течение 30 минут

или другими кислородсодержащими, поверхностноактивными соедине-

ниями, после чего выполняются вышеописанные этапы предстерилизацион-

ной обработки.

Контроль качества предстерилизационной обработки стоматологического

инструментария и изделий проводят методами, рекомендуемыми

«Методическими указаниями по предстерилизационной очистке изделий

медицинского назначения».

**Качество предстерилизационной очистки инструментов проверяют**

**путем постановки амидопириновой или азопирамовой проб на наличие**

**крови и определения остаточных количеств щелочных компонентов**

**моющего препарата при помощи постановки пробы с фенолфталеином.**

Инструменты или изделия, давшие положительные пробы на кровь,

обрабатывают повторно, а содержащие остаточные количества моющих

средств - повторно промывают проточной водой.

**Все изделия (инструменты, перевязочные материалы, посуда и др.),**

**соприкасающиеся с раневой поверхностью, контактирующие с кровью**

**или инъекционными препаратами, а также со слизистой оболочкой и**

**могущие вызвать ее повреждение, должны подвергаться стерилизации.**

Для стерилизации применяют физические и химические методы. Выбор

метода определяется видом стерилизуемого материала, который после

стерилизации должен сохранять свои основные свойства. Используют

физический и химический методы стерилизации. Химический метод

стерилизации является более щадящим и применяется для стерилизации

изделий, имеющих зеркальную поверхность, изготовленных из полимерных

материалов, режущих и колющих инструментов с микронной заточкой и др.

В Приложении 4 представлены режимы стерилизации медицинских изделий

растворами химических средств.

Контроль стерильности стоматологических инструментов проводят

бактериологические лаборатории ТО Роспотребнадзора 2 раза в год или

бактериологические лаборатории лечебных учреждений 1 раз в месяц.

Контролю на стерильность подлежит не менее 1% от общего количества

простерилизованного инструментария, но не менее 3-5 единиц одного

наименования.

Инструменты считаются стерильными при отсутствии роста вегетативных

и спорообразующих форм микроорганизмов.

При работе с дезсредствами необходимо строгое соблюдение требований

техники безопасности и производственной санитарии.

**ПОРЯДОК ОБРАБОТКИ ПОВЕРХНОСТЕЙ В**

**СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ.**

Клинико-эпидемиологические исследования, проведенные для оценки

уровня загрязненности рабочих поверхностей во время лечебного процесса в

стоматологических кабинетах выявили различные степени интенсивности

микробного загрязнения. По степени загрязнения рабочих поверхностей

выделяют три зоны стоматологического кабинета.

Первая зона стоматологического кабинета - зона лечения (радиус зоны

равен одному метру от пациента) в которой находятся рабочий стол врача,

инструменты и материалы. Для этой зоны характерен наиболее интенсивный

уровень контаминации поверхностей, которые следует дезинфицировать с

применением дезинфицирующих средств обладающих бактерицидным,

вирулицидным , спороцидным, туберкулоцидным действием перед началом

работы и после каждого пациента.

Во второй зоне (радиус которой достигает двух-трех метров),

контаминация поверхностей обусловлена аэрозолем возникающем при

работе высокоскоростных турбин, ультразвуковых приборов и др. В этой

зоне находятся наконечники, воздушный пистолет, отсасывающие шланги,

светильник, плевательница, которые необходимо обрабатывать после

каждого пациента с использованием дезинфицирующих средств

бактерицидного и вирулицидного действия.

Третья зона представляет остальную часть кабинета.

Уборку стоматологических кабинетов проводят не реже 2 раз в день с

применением дезинфицирующих или моюще-дезинфицирующих растворов.

Во время уборки обеззараживают мебель, оборудование, краны и раковины,

дверные ручки, пол. Обеззараживание проводят двукратным протиранием

или орошением с последующим протиранием ветошью, увлажненной

дезраствором: 1 % раствором хлорамина, 1 % раствором перформа, 0,75%

раствором ПВК, 2% раствором Секусепт-пульвер, Септодор и др.

Генеральная уборка кабинетов хирургической стоматологии проводится

один раз в неделю с применением дезинфектантов (комплекс 6% перекиси-

водорода и 0,5% моющего средства).

Генеральную уборку остальных стоматологических кабинетов проводят

один раз в месяц с мытьем стен, окон, подоконников, мебели, оборудования.

Дезинфицирующий раствор наносят на стены, окна, подоконники, двери,

столы, пол и включают на 60 мин бактерицидную лампу. Затем все

поверхности отмывают стерильной ветошью, смоченной водопроводной

водой. Емкости для дезинфекции мебели, оборудования, пола, стен должны

быть раздельными и промаркированными.

После использования уборочный инвентарь обеззараживают в растворе

дезинфектанта, после чего ветошь прополаскивают и сушат.

Уборочный инвентарь в стоматологической поликлинике должен быть

раздельным для терапевтических, хирургических, ортопедичеческих

кабинетов, иметь четкую маркировку. Уборку коридоров и санузлов

проводят 2 раза в день с использованием дезинфицирующих средств.

Служебные помещения для медперсонала убирают 1 раз в день 0,5%

растворами моющих средств "Лотос", "Логос-автомат", "Астра", "Прогресс".

**Обеззараживание воздушной среды.**

Состояние и микробная обсемененность воздуха ЛПУ

стоматологического профиля играют определенную роль в распространении

возбудителей ВБИ, в первую очередь коагулазопозитивных стафилококков,

респираторных вирусов, некоторых грибов, а также условно-патогенных и

патогенных микроорганизмов, которые в мелкодисперсной фазе

бактериального аэрозоля попадают в воздух при работе ротационного

оборудования в полости рта пациента. Уровень суммарной бактериальной

обсемененности воздуха в конце рабочей смены в хирургическм кабинете

составляет 2000 КОЕ (колониеобразующие единицы) в 1 м3 воздуха, в

терапевтичеком и ортопедическом – по 2500 КОЕ.

Действенным средством борьбы с микробным загрязнением воздуха

является использование ультрафиолетового бактерицидного излучения с

помощью бактерицидных кварцевых ламп, которые включают в конце

рабочей смены и в ночное время. Режим дезинфекции, выбор облучателей,

расчет их числа зависят от функционального назначения помещения, объема

и др. параметров и характеристик в соответствии с «Методическими

указаниями по применению бактерицидных ламп для обеззараживания

воздуха и поверхностей в помещениях» №11-16/03-06, утвержденными

Минздравмедпромом РФ 28.02.95 г. Обеззараживание воздуха можно также

проводить аэрозольным методом с помощью специальной распылительной

аппаратуры. В этом случае используют только те дезсредства, которые

разрешены для такого способа применения («Велтолен», «Пемос-1»).

Для стерилизации воздуха малых операционных, создания антисептических

условий в стоматологических кабинетах применяют озонирование воздуха с

помощью озонаторов ОП1-М и «Микросан ОП-4В», т.к. озон обладает

бактерицидной и вирулицидной активностью.

**ПОРЯДОК ОБРАБОТКИ СРЕДСТВ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ**

**ЗАЩИТЫ**

**Спецодежда** в терапевтическом, ортопедическом кабинетах и

зуботехнической лаборатории меняется не реже, чем 1 раз в 3 дня, при

загрязнении чаще, в хирургическом и ортодонтологическом кабинетах

ежедневно. Стирка спецодежды на дому не допускается. Спецодежду без

видимого загрязнения биологическими жидкостями собирают в клеенчатый

мешок и сдают в стирку. Спецодежду с пятнами крови или гноя обильно

смачивают одним из дезинфицирующих растворов на заданную экспозицию,

после чего сдают в стирку.

**Защитные очки или экраны** после каждого пациента протирают

салфеткой, смоченной 70% этиловым спиртом.

**Руки в перчатках** (без видимого загрязнения кровью) после каждого

пациента моют под проточной водой с двукратным намыливанием с

последующей гигиенической дезинфекцией. При загрязнении перчаток

кровью или гноем, перчатки снимают и подвергают дезинфекции в емкости с

дезраствором. Разовые перчатки после дезинфекции утилизируют, перчатки

многоразового пользования подвергают предстерилизационной очистке и

стерилизации автоклавированием на щадящем режиме при 132°С. После

каждого снятия перчаток руки моют и обрабатывают антисептиком.

**ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ**

Внутрибольничные инфекции **(ВБИ)** в России, как и во всем мире,

представляют актуальную медицинскую и социально-экономическую

проблему. Согласно официальной статистике ВБИ ежегодно поражают 8%

госпитализированных больных, что составляет около 2 млн. случаев в год.

Значение внутрибольничной инфекции для здравоохранения определяется

тем, что, наслаиваясь на основное заболевание, она утяжеляет состояние

больного, удлиняет сроки пребывания в стационаре в среднем на 6-8 дней,

является причиной увеличения летальности и смертности.

Помимо снижения качества медицинской помощи населению ВБИ наносят

существенный экономический ущерб, что обусловлено дополнительными

затратами из-за увеличения длительности стационарного и амбулаторного

лечения, дополнительными расходами лекарственных препаратов.

ВБИ как глобальная медицинская и социально-экономическая проблема

сформировалась в 50-60-е гг. ХХ столетия. Рост заболеваемости ВБИ в

разных регионах мира, прежде всего в экономически развитых странах, в

этот период определил комплекс факторов, среди которых ведущее значение

имеют:

а) строительство крупных многопрофильных больничных

комплексов, характеризующихся своеобразной экологией: большой

плотностью заселения, замкнутостью окружающей среды (палаты,

коридоры, процедурные и диагностические кабинеты), интенсивными

миграционными процессами (поступление и выписка пациентов), тесным

общением с медицинским персоналом;

б) формирование артифициального механизма передачи

возбудителя ВБИ, реализуемого при проведении инвазивных вмешательств,

лечебных и диагностических процедур, использование сложной

медицинской техники (по данным ВОЗ около 30% инвазивных медицинских

манипуляций не продиктованы необходимостью);

в) наличие большого количества источников инфекции: больные,

поступающие в стационар с нераспознанным инфекционным заболеванием

или являющиеся бактерионосителями; а также пациенты, у которых ВБИ

наслаивается на основное заболевание в стационаре, и медицинский

персонал, среди которых могут быть носители и больные легкими и

стертыми формами инфекционной болезни;

г) широкое применение антибиотиков, что способствует

появлению лекарственной устойчивости у микроорганизмов, и как следствие

формирование "госпитальных штаммов";

д) увеличение группы риска, т. е. лиц, наиболее подверженных

заражению и заболеванию ВБИ (больные лейкозами, получающие

иммунодепрессанты, больные с онкологическими заболеваниями на фоне

химио- и лучевой терапии, больные сахарным диабетом, пожилые,

недоношенные новорожденные и дети с врожденными дефектами

физического и психического развития).

Среди факторов, способствующих росту заболеваемости, следует выделить

отсутствие настороженности в отношении ВБИ у части клиницистов,

рассматривающих такие заболевания как пневмония, пиелонефрит,

воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки и другие как

неинфекционную патологию несвоевременно осуществляющих или не

проводящих необходимые профилактические и противоэпидемические

мероприятия.

Согласно определению Комитета экспертов ВОЗ **внутрибольничной**

**инфекцией** (синонимы: госпитальная, нозокомиальная инфекции) является

любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание, которое

поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения

в нее за лечебной помощью, или инфекционное заболевание сотрудника

больницы вследствие его работы в данном учреждении вне зависимости от

появления симптомов заболевания во время пребывания в больнице или

после [Комитет экспертов ВОЗ, 1979 г.]. В связи с этим классификация ВБИ

представляет определенные трудности. В классификации ВБИ принят как

этиологический критерий (например, внутрибольничная дифтерия,

сальмонеллез, корь, стафилококковая инфекция и т.д.), так и критерий

локализации инфекционного процесса (инфекции дыхательных путей,

кишечные инфекции, раневая инфекция, инфекция кожи, подкожной

клетчатки, суставов и т.д.). Приоритет в классификации ВБИ имеет критерий

локализации инфекционного процесса, что обосновано преобладанием

условно-патогенных микроорганизмов в качестве этиологических агентов

ВБИ, для которых характерна политропность.

При всем многообразии нозологических форм ВБИ их объединяет место

заражения - медицинское учреждение, где могут поражаться

госпитализированные пациенты, пациенты, получающие медицинскую

помощь амбулаторно и медицинский персонал.

Оценивая инфекционное заболевание госпитализированного пациента как

ВБИ, врач должен рассмотреть возможность имевшейся инфекции, или

нахождение пациента в инкубационном периоде к моменту поступления в

стационар, т.е. исключить «занос инфекции» в стационар. В качестве заноса

инфекционной болезни рассматривают случай инфекционного заболевания,

имеющегося у больного на момент поступления в стационар или

проявившееся в стационаре через срок, меньший, чем инкубационный

период, т.е. когда заражение произошло до момента госпитализации. При

подозрении ВБИ у выписанного из стационара пациента необходимо

проведение специального эпидемиологического расследования для

установления возможности заражения в стационаре.

Причиной ВБИ может быть широкий круг микроорганизмов,

принадлежащих к различным таксономическим группам: вирусы, бактерии,

грибы, простейшие. Этиологическими агентами ВБИ являются как

патогенные, так и условно-патогенные и свободноживущие микроорганизмы.

К патогенным микроорганизмам, имеющим определенное значение в

этиологической структуре ВБИ, относят: возбудителей кишечных инфекций

(шигеллы, сальмонеллы, энтеропатогенные кишечные палочки),

возбудителей инфекций дыхательных путей бактериальной (дифтерии,

коклюша, менингококковой инфекции и др.) и вирусной (гриппа, ОРВИ,

кори, краснухи, эпидемического паротита, ветряной оспы и др.) природы, а

также вирусы гепатитов В, С, Д и ВИЧ.

Наибольшую роль в качестве возбудителей ВБИ играют условно-

патогенные микроорганизмы, список которых неуклонно увеличивается.

Являясь постоянными обитателями организма человека, они могут

находиться на коже и слизистых оболочках, в кишечнике, вызывая

различные формы инфекционного процесса у ослабленных пациентов, детей

раннего возраста или пожилых людей.

К таким возбудителям относят стафилококки, стрептококки, синегнойную

палочку, протей, клебсиеллы, кишечную палочку, сальмонеллы,

энтеробактерии, энтерококки, серрации, клостридии, кандида и другие

микроорганизмы. ВБИ могут вызывать редкие возбудители, например,

легионеллы и пневмоцисты.

Применительно к возбудителям ВБИ часто употребляют термин

**«госпитальный штамм»**, который вызывает в стационаре эпидемический

процесс и отличается рядом характерных признаков, в числе которых – и

селективные преимущества для существования в условиях стационара

(высокая устойчивость к воздействию неблагоприятных факторов

госпитальной среды: ультрафиолетовое облучение, высушивание, действие

дезинфицирующих препаратов), а также множественная лекарственная

устойчивость фагорезистентность. Важной отличительной чертой

«госпитальных штаммов» является формирование множественной

устойчивости к антибактериальным препаратам, обычно применяемым в том

или ином стационаре, а также наличие у этих штаммов «неприхотливости» к

условиям среды обитания. Так, например, псевдомонады и клебсиеллы

могут бурно размножаться во влажной среде – в ингаляторах, жидких

лекарственных формах, на поверхности умывальных раковин, кранах, во

влажном уборочном материале.

ВБИ могут быть экзогенного и эндогенного происхождения. В

большинстве случаев возбудитель ВБИ проникает в организм пациентов

извне при участии разнообразных факторов передачи (воздух, руки

медперсонала, медицинские инструменты, перевязочный материал, предметы

ухода за больным, вода, пища и др.); развивается инфекционный процесс,

имеющий свою специфику. Долевое участие эндогенно возникших инфекций

ничтожно мало. Это, в основном, осложнения после операций на кишечнике,

придаточных пазухах носа, иногда наблюдается активизация ранее

клинически не проявлявшейся инфекции с длительной персистенцией

возбудителя (например, герпетическая инфекция).

К контингентам повышенного риска заболевания ВБИ относят

медицинский персонал.

В число профессиональных заболеваний медицинских работников,

имеющих контакт с кровью больных, входят вирусные гепатиты В,С, Д,

ВИЧ-инфекция. Наибольший риск заражения парентеральными гепатитами

имеет медицинский персонал отделений гемодиализа, работники

клинических лабораторий, хирурги, стоматологи, реаниматологи.

Наибольший риск инфицирования медиков связан с первыми пятью годами

медицинской практики, когда навыки безопасной работы не являются

устоявшимся стереотипом.

Предупреждение заражений медицинского персонала ВБИ основывается на

проведении комплекса профилактических мероприятий:

**Профилактика заражения ВБИ медицинского персонала**

***Направленность профилактических мероприятий***

соблюдение правил личной гигиены и выполнение

противоэпидемического режима

вакцинация

(гепатит В, дифтерия, грипп)

повышение неспецифической невосприимчивости к

возбудителям инфекционных болезней (ОРВИ, грипп)

санитарно-гигиенические мероприятия - использование

индивидуальных средств защиты (перчатки, защитные

очки, маски, халаты), безопасное обращение с острыми

медицинскими инструментами (иглами, скальпелями и др.),

обработка микротравм на коже

**ПРОФИЛАКТИКА РИСКОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО**

**ЗАРАЖЕНИЯ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ**

Ведущими факторами риска инфицирования медицинского персонала

стоматологических отделений являются аварийные производственные

ситуации, сопровождающиеся травматизмом, попаданием крови и прочих

биологических жидкостей и субстратов на кожу и слизистые оболочки

медицинских работников. Характер и частота травм зависит от специ-

альности (профиля отделения), должности, стажа работы на данном рабочем

месте и навыка выполнения манипуляции, обеспеченности средствами

индивидуальной защиты, а также от организации сбора и утилизации

биологически опасных медицинских отходов.

Основа профилактики профессионального заражения стоматологов –

соблюдение стандартных мер предосторожности. Вся кровь и биологические

субстраты организма должны рассматриваться как потенциально

инфицированные, включая ВИЧ-инфекцию и вирусные гепатиты В и С.

**Стандартные меры предосторожности** включают:

**а) *мытье рук согласно разработанным правилам***

Различают три уровня обработки (деконтаминации) рук: обычное мытье,

гигиеническая и хирургическая антисептика. Обычное мытье рук

расценивается как наиболее важная гигиеническая составляющая и имеет

целью удаление загрязнений и транзиторной микрофлоры,

контаминирующей кожу рук медицинского персонала в результате контакта

с пациентами или контаминированными объектами окружающей среды. Руки

следует мыть с мылом до и после физического контакта с пациентом, в том

числе после снятия перчаток и/или других индивидуальных средств защиты,

включая одежду.

Гигиеническая дезинфекция (антисептика) рук подразумевает ис-

пользование препаратов, обладающих антимикробным действием (перечень

рекомендуемых антисептиков см. в Приложении 5).

**б) *использование средств индивидуальной защиты* (перчаток, халатов,**

масок, очков или защитных щитков – в тех случаях, когда предполагается

прикосновение к пациенту или возможно воздействие жидких субстанций

организма пациента).

Все манипуляции, при которых может произойти загрязнение рук кровью,

сывороткой крови или другими биологическими жидкостями, необходимо

проводить в медицинских перчатках. Резиновые перчатки, снятые единожды,

повторно не используют из-за возможности загрязнения рук. В процессе

работы перчатки обрабатывают 70% спиртом или любыми другими

дезинфицирующими препаратами, обладающими вирулицидным действием;

**в) *эргономику рабочего места*** (достаточная освещенность, оптимальная

доминирующая рабочая поза, правильное размещение пациента, др.);

**г) *безопасную организацию трудового процесса***, включая безопасное

обращение с острыми предметами и инъекционным оборудованием

(безопасная инъекционная практика).

По определению ВОЗ «безопасная инъекция – это инъекция, которая не

наносит вреда реципиенту, не подвергает ненужному риску медицинского

работника и не приводит к накоплению отходов, которые опасны для других

лиц».

Меры по снижению производственных рисков и обеспечению

надлежащей безопасности в инъекционной практике включают:

- наличие четко маркированных специально предназначенных контейнеров

для удаления отработанного инъекционного материала, соответствующих

требованиям норм и руководств по технике безопасности, расположенных в

непосредственной близости к местам хранения и использования стерильного

одноразового инъекционного оборудования;

- регулярную замену контейнеров после их заполнения отработанным

материалом (до отметки установленной изготовителем или наполовину), при

этом, контейнеры к моменту окончания их заполнения должны быть

обязательно запечатаны;

- запрет на манипуляции с использованием отработанной инъекционной

техники.

**д) *безопасное обращение с образцами крови и тканей, и их***

***транспортировка;***

**е) *своевременный и качественный уход за инструментом и***

***оборудованием;***

**ж) *применение мер, связанных с защитой окружающей среды (удаление***

***и утилизация отходов, уборка помещений, смена грязного белья).***

Отходы лечебно-профилактических учреждений представляют гораздо

большую опасность инфицирования и нанесения травм, чем большинство

других видов отходов. Согласно п. 5.3.6. СанПин 2.1.728-99 «Правила сбора,

хранения и удаления отходов лечебно-профилактического учреждений»

после дезинфекционной обработки иглы и иной острый медицинский

инструментарий должен собираться в одноразовую твердую упаковку, а

затем в герметичный контейнер и удаляться с территории лечебного

учреждения к месту окончательного захоронения (утилизации).

**Медицинским работникам запрещается:**

• есть, пить, курить, накладывать макияж, снимать и надевать контактные

линзы в рабочих помещениях, т. е. там, где возможен контакт с

возбудителями, передающимися с кровью

• хранить пищу и напитки в тех же холодильниках и шкафах, где хранятся

кровь и другие биологические материалы

• поднимать руками осколки стекла

• манипулировать (гнуть, зачехлять, ломать и снимать) использованными

иглами и/или другими загрязненными острыми инструментами

• открывать и доставать что-либо руками из контейнеров для

использованных игл, опорожнять и мыть вручную многоразовые

контейнеры.

При наличии ран на руках, экссудативных поражений кожи или

мокнущего дерматита, медработник на время заболевания отстраняется от

ухода за пациентами и контакта с предметами для ухода за ним. При

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_необходимости выполнения работы все поврежденные участки должны быть

закрыты напальчниками, лейкопластырем и др.;

Медицинский работник должен относиться к крови и к другим

биологическим жидкостям организма как к потенциально инфицированному

материалу.

При возникновении аварийной ситуации (повреждение кожи, слизистой

оболочки, открытая рана) на рабочем месте пострадавшему должна быть

оказана первая помощь.

Первая помощь после контакта с кровью или другими биологическими

субстратами, инфицированными или потенциально инфицированными ВИЧ

— это действия, которые необходимо предпринять немедленно после

контакта. Их цель — сократить время контакта с инфицированными

биологическими жидкостями (в том числе с кровью) и тканями и правильно

обработать место контакта, снизив тем самым риск инфицирования.

**При проникающем ранении иглой или другим острым инструментом**

**рекомендуется:**

􀀹 Промыть поврежденное место с мылом;

􀀹 Подержать раневую поверхность под струей проточной воды (не-

сколько минут или пока кровотечение не прекратится), чтобы дать

крови свободно вытекать из раны;

􀀹 При отсутствии проточной воды обработать поврежденное место

дезинфицирующим гелем или раствором для мытья рук.

• Нельзя использовать сильнодействующие средства: спирт, отбеливающие

жидкости и йод, так как они могут вызвать раздражение раневой

поверхности и ухудшать состояние раны.

• Нельзя сдавливать или тереть поврежденное место.

• Нельзя отсасывать кровь из ранки, оставшейся от укола.

**При попадании на кожу крови или других биологических жидкостей**

**рекомендуется:**

􀀹 Немедленно промыть загрязненный участок.

􀀹 В отсутствие проточной воды обработать гелем или раствором для

мытья рук.

• Нельзя использовать сильнодействующие средства: спирт, отбеливающие

жидкости и йод, так как они могут вызвать раздражение пораженной

поверхности.

• Нельзя тереть или скрести место контакта.

• Нельзя накладывать повязку.

**При попадании в глаза крови или других биологических жидкостей**

**рекомендуется:**

**􀀹 Сразу промыть глаз (водой или 0,87% изотоническим раствором**

**хлорида натрия) сесть, запрокинуть голову и попросить коллегу осто-**

**рожно лить на глаз воду или раствор; чтобы вода и раствор затекали и**

**под веки, их время от времени следует осторожно оттягивать.**

**􀀹 Не снимать контактные линзы на время промывания, так как они**

**создают защитный барьер. После того как глаз промыли, контактные**

**линзы снять и обработать как обычно; после этого они совершенно**

**безопасны для дальнейшего использования.**

**􀀹 Нельзя промывать глаза с мылом или дезинфицирующим раствором.**

**При попадании в рот крови или других биологических жидкостей ре-**

**комендуется следующий порядок действий:**

**􀀹 Немедленно выплюнуть попавшую в рот жидкость.**

**􀀹 Тщательно прополоскать рот водой или 0,87% изотоническим рас-**

**твором хлорида натрия и снова выплюнуть.**

**􀀹 Повторить полоскание несколько раз.**

**Нельзя использовать для промывания дезинфицирующий раствор.**

**Об аварийной ситуации медицинский работник должен сообщить**

**заведующему отделением, а в его отсутствие (выходные, праздничные дни,**

**ночные часы) дежурному врачу. По каждому случаю срочно проводится**

**расследование в соответствии с Постановлением Минтруда России от**

**24.10.2002 г. № 73 «Об утверждении форм документов, необходимых для**

**расследования и учета несчастных случаев на производстве в отдельных**

**отраслях и организациях».**

**Составляется Акт о несчастном случае на производстве по форме Н-**

**1 в трёх экземплярах. Все обстоятельства аварийной ситуации должны быть**

**зафиксированы в журнале учета аварийных ситуаций с указанием даты и**

**времени, места, характера повреждений и первичных профилактических**

**мероприятий. Записи в журнале подтверждаются ответственным за**

**профилактику ВИЧ-инфекции или лицом его заменяющим. В**

**индивидуальную медицинскую карту сотрудника вносится запись о данном**

**случае и проведенных профилактических мероприятиях.**

**Для консультации, обследования и получения при необходимости**

**постконтактной антиретровирусной профилактики, медицинский работник**

**должен обратиться в региональный центр по борьбе и профилактике**

**ВИЧ/СПИД, не позднее 36 часов от момента аварии.**

**Эпидемиологический надзор за ВБИ - это система мониторинга за**

**динамикой эпидемического процесса ВБИ (заболеваемость, носительство,**

**летальность), факторами и условиями, влияющими на их распространение,**

**анализ и обобщение полученной информации для разработки обоснованной**

**системы мер борьбы и профилактики ВБИ.**

**Целями эпидемиологического надзора являются: составление**

**объективного заключения об эпидемиологической ситуации по ВБИ в ЛПУ и**

**его подразделениях и на этой основе определение обоснованных**

**рекомендаций по контролю ВБИ. Выявление тенденции эпидемического**

**процесса, изменения этиологии ВБИ, действия факторов риска необходимы**

**для оперативного внесения корректив в сложившуюся систему мер борьбы и**

**профилактики, что будет способствовать оптимизации профилактических и**

**противоэпидемических мероприятий.**

**САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЙ РЕЖИМ**

**В УЧРЕЖДЕНИЯХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

Все рабочие места (например, в стоматологическом кабинете) должны

быть обеспечены дезинфицирующим раствором и аптечкой. Медицинская

сестра контролирует наличие и сроки годности дезинфицирующих растворов

для обеззараживания использованных инструментов, резиновых перчаток,

отходов перевязочного материала, для обработки поверхностей, аппаратуры

и оборудования, а также наличие набора чистой ветоши и емкостей для сбора

использованной ветоши и грязного белья.

Врач-стоматолог и медицинская сестра при подготовке к рабочей смене

должны снять с рук часы и украшения, моют руки, надевают халаты,

шапочки, маски проводят гигиеническую (в хирургическом кабинете –

хирургическую) дезинфекцию рук и надевают перчатки. Вместо очков и

маски может быть применён защитный экран. В процессе манипуляций руки

в перчатках обрабатывают 70% спиртом или любым другим

дезинфицирующими препаратами с вирулицидным действием. Снятые

резиновые перчатки повторно не используют из-за возможности загрязнения

рук.

Перед началом работы и по окончании рабочей смены все поверхности в

кабинете (манипуляционный стол, стол для хранения стерильных

инструментов, зубоврачебное кресло, медицинские шкафы, раковины для

мытья рук и инструментов, краны раковин и т.д.) обеззараживают

двукратным протиранием ветошью, смоченной дезраствором (Лизетол АФ

Клорсет).

В качестве дезинфекционных средств целесообразно использовать

препараты, относящиеся к группам кислородсодержащих или поверхностно-

активных соединений.

Во время работы после каждого пациента обрабатывают подголовники и

сиденье кресла ветошью, смоченной дезраствором, или орошением.

Стерильный стол накрывают на 6 ч.

Для каждого пациента необходимо иметь индивидуальный

стоматологический набор инструментов в индивидуальном лотке. В него

обычно входят: зонд, зубоврачебный пинцет, зубоврачебное зеркало,

элевавтор, гладилка, штопфер. Все дополнительно необходимые

инструменты (например, эндодонтический инструментарий, боры,

разделительные пластины и др.) медицинская сестра подаёт врачу в

стерильном лотке. Все инструменты (в исключительных случаях, кроме

зубоврачебного зеркала и наконечников к бормашинам) должны быть

стерильными.

При стерилизации стоматологических инструментов в открытом виде, без

упаковки её проводят непосредственно перед накрытием стерильного стола.

На стол выкладывают наборы инструментов и запасы стерильного материала

в индивидуальных лотках.

Стеклянные 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 шт.). В этом случае при вскрытии бикса

из него извлекают необходимое количество пакетов. Остальные пакеты,

оставшиеся в биксе, могут быть реализованы на 2-е и 3-й сутки.

Ватные тампоны достают из емкостей (пакета) пинцетом, входящим и

стоматологический набор, до начала лечения пациента. В процессе лечения

для этих целей используют дополнительный стерильный пинцет.

Перед проведением стоматологических процедур пациенту рекомендуют

прополаскивание рта дезинфицирующим раствором, что значительно

(на 98 %) снижает количество микроорганизмов в аэрозолях, рассеиваемых

во время процедур.

Сразу по окончанию лечения все инструменты, материалы и другие

изделия медицинского назначения подлежат обеззараживанию методом

погружения в дезинфицирующие растворы.

После работы с пациентом неиспользованный стерильный материал и

инструментарий помещают в общую стерильную ёмкость и на стерильный

стол не возвращаются, их отправляют для повторной стерилизации.

В течение смены проводится дезинфекция оборудования и аппаратуры.

Рабочая смена заканчивается проведением влажной уборки в сочетании с

дезинфекцией и кварцеванием воздуха.

Поверхности рабочих столов в конце рабочего дня (а в случае загрязнения

кровью - немедленно) обрабатывают дезинфицирующими средствами,

обладающими вирулицидными свойствами. Если поверхность загрязнена

кровью или сывороткой крови, процедуры выполняют дважды: немедленно и

с интервалом в 15 минут;

При попадании инфицированного материала на пол, стены, мебель,

оборудование загрязненные места заливают дезинфицирующим раствором,

затем протирают ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе.

Использованную ветошь сбрасывают в емкость с дезинфицирующим

раствором или в бак для последующего автоклавирования.

В ходе работы персонал соблюдает правила профилактики

профессионального заражения. Во всех стоматологических кабинетах

независимо от их профиля должен быть в наличии аптечка с набором

медикаментов для оказания первой медицинской помощи при возникновении

аварийных ситуаций, связанных с риском инфицирования ВИЧ.

Употреблять пищу, пользоваться косметикой и др. разрешается только в

специально отведённых изолированных помещениях.

**Контроль качества предстерилизационной очистки**

1. Амидопириновая проба: смешивают равные количества 5% спиртового

раствора амидопирина с 3% раствором перекиси водорода и добавляют

несколько капель 30% уксусной кислоты. В присутствии крови появляется

сине-фиолетовое окрашивание.

2. Азопирамовая проба. Смешивают в сухой посуде 100 г амидопирина и

1,0—1,5 г анилина солянокислого и затем заливают 95% этиловым спиртом

до объема 1л. Смесь тщательно перемешивают до полного растворения

ингредиентов.

Готовый раствор может храниться в плотно закрытом флаконе в темноте

при +4°С (в холодильнике) 2 мес; в темноте при комнатной температуре

(+18°, +23°С) — не более 1 мес. Умеренное пожелтение реактива без

выпадения осадка в процессе хранения не снижает его рабочих качеств.

Непосредственно перед постановкой пробы готовят рабочий раствор,

смешивая равнообъемные количества азопирама и 3% перекиси водорода.

Рабочий раствор азопирама должен быть использован в течение 1—2 ч.

При более длительном стоянии может появиться спонтанное розовое

окрашивание реактива. При температуре выше +25°С рабочий раствор

розовеет быстрее, поэтому его рекомендуется использовать в течение 30—40

мин. Нельзя подвергать проверке горячие инструменты, а также держать

рабочий раствор на ярком свету или при повышенной температуре.

При постановке азопирамовой пробы в присутствии следов крови

немедленно или не позже, чем через 1 мин появляется вначале фиолетовое,

затем быстро, в течение нескольких секунд, переходящее в розово-сиреневое

или буроватое окрашивание реактива.

Азопирам кроме следов крови выявляет наличие на изделиях остаточных

количеств пероксидаз растительного происхождения, окислителей

(хлорамина, хлорной извести, стирального порошка с отбеливателем,

хромовой смеси для обработки посуды), а также ржавчины (окислов и солей

железа) и кислот. При наличии на исследуемых изделиях ржавчины и

хлоросодержащих окислителей наблюдается буроватое окрашивание

реактива, в остальных случаях окрашивание розово-сиреневое.

Пригодность рабочего раствора азопирама проверяют в случае

необходимости так: 2—3 капли наносят на кровяное пятно. Если не позже,

чем через 1 мин, появляется фиолетовое окрашивание, переходящее затем в

сиреневое, реактив пригоден к употреблению. Если окрашивание в течение 1

мин не появляется, реактивом пользоваться нельзя.

4. Фенолфталеиновая проба: на вымытое изделие наносят 3 капли 1%

спиртового раствора фенолфталеина. Появление розового окрашивания

свидетельствует о присутствии остаточных количеств моющих средств.\_\_

**ТЕСТЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ (надо выбрать)**

**Выберите один или несколько правильных ответов**

1. **ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ЭТО – РАСПРОСТРАНЕНИЕ**

**ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ СРЕДИ…**

а) растений

б) животных

в) людей

г) растений и животных

д) растений, животных и людей

2. **ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ – ЭТО ЗАРАЖЕННЫЕ…**

а) животные

б) насекомые

в) вода

г) продукты питания

д) предметы обихода

3. **ЭПИЗООТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ЭТО…**

а) развитие инфекционной болезни у людей

б) распространение инфекционных болезней среди людей

в) распространение инфекционных болезней среди животных

г) распространение возбудителей среди переносчиков

д) распространение инфекционных болезней в окружающей среде

4. **ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ ДЕЛЯТ НА АНТРОПОНОЗЫ И**

**ЗООНОЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ…**

а) различной восприимчивости людей к возбудителям инфекционных

болезней

б) биологических свойств возбудителя

в) способа передачи возбудителя

г) источников инфекции

д) количества заболевших инфекционной болезнью

5. **МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ВКЛЮЧАЕТ…**

а) выделение возбудителя источником инфекции

б) выделение возбудителя источником инфекции и пребывание его в

окружающей среде

в) выделение возбудителя источником инфекции, пребывание его в

окружающей среде и проникновение в другой организм

г) выделение источником инфекции возбудителя, проникновение в

другой восприимчивый организм

д) пребывание возбудителя в окружающей среде, проникновение в другой

организм, развитие бессимптомного носительства

46

6. **МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ЗАВИСИТ ОТ…**

а) патогенности возбудителя

б) вирулентности возбудителя

в) локализации возбудителя инфекционного процесса

г) тяжести течения болезни

д) устойчивости возбудителя во внешней среде

7. **К ВАРИАНТАМ МЕХАНИЗМА ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ**

**ОТНОСЯТ…**

а) аспирационный

б) фекально-оральный

в) трансмиссивный

г) контактный

д) воздушно-пылевой

8. **ФАКТОРЫ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИОННОЙ**

**БОЛЕЗНИ – ЭТО…**

а) насекомые

б) вода

в) продукты питания

г) животные

д) клещи

9. **ИСКУССТВЕННЫЙ (АРТИФИЦИАЛЬНЫЙ) МЕХАНИЗМ**

**ПЕРЕДАЧИ РЕАЛИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ПУТЯМИ…**

а) трансфузионным

б) инъекционным

в) контактным

г) при инвазивных инструментальных исследованиях

д) при оперативных вмешательствах

10. **СПОРАДИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЭТО…**

а) групповые случаи заболевания

б) единичные случаи заболевания

в) атипичные формы болезни

г) легкие формы болезни

д) тяжелые формы болезни

11. **ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАССМАТРИВАЮТ КАК ЭПИДЕМИЮ,**

**ВСПЫШКУ И ПАНДЕМИЮ ПО КРИТЕРИЮ…**

а) скорости распространения

б) количества больных

в) тяжести течения

г) соотношения больных и бактерионосителей

д) степени вирулентности возбудителя

12. **ЕСТЕСТВЕННОЙ СРЕДОЙ ОБИТАНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ**

**САПРОНОЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ…**

а) организм людей

б) организм животных

в) организм насекомых

г) почва, вода

д) продукты питания

13. **ФАКТОРАМИ, ВЛИЯЮЩИМИ НА ВОСПРИИМЧИВОСТЬ**

**ОРГАНИЗМА К ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ, ЯВЛЯЮТСЯ…**

а) возраст

б) сопутствующие соматические болезни

в) уровень санитарно-гигиенических навыков

г) профилактические прививки

д) длительная антибиотикотерапия

14. **АКТИВНЫЙ ИММУНИТЕТ СОЗДАЕТ…**

а) гомологичный иммуноглобулин

б) гетерологичный иммуноглобулин

в) лечебная сыворотка

г) вакцина

д) бактериофаг

15. **АКТИВНЫЙ ЕСТЕСТВЕННЫЙ ИММУНИТЕТ МОЖНО**

**ПРИОБРЕСТИ…**

а) с молоком матери

б) после иммунизации инактивированной вакциной

в) после иммунизации анатоксином

г) после введения иммуноглобулина

д) путем латентной дробной бытовой иммунизации

16. **БЫСТРУЮ ЗАЩИТУ ОТ БОЛЕЗНИ ОБЕСПЕЧИВАЕТ ВВЕДЕНИЕ…**

а) иммуноглобулина

б) живой вакцины

в) химической вакцины

г) анатоксина

д) инактивированной вакцины

17. **ПАССИВНЫЙ ИСКУССТВЕННЫЙ ИММУНИТЕТ СОЗДАЕТ…**

а) гомологичный иммуноглобулин

б) живая вакцина

в) инактивированная вакцина

г) бактериофаг

д) анатоксин

18. **БЫСТРУЮ ЗАЩИТУ ОТ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ**

**ОБЕСПЕЧИВАЕТ ВВЕДЕНИЕ…**

а) гетерологичной сыворотки

б) живой вакцины

в) химической вакцины

г) анатоксина

д) инактивированной вакцины

19. **АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ВВЕДЕНИЮ**

**ВАКЦИННОГО ПРЕПАРАТА ЯВЛЯЕТСЯ…**

а) температура тела в момент вакцинации 37,4° С

б) отек Квинке

в) гиперемия 3,0 см, инфильтрат, лимфаденит

г) масса тела при рождении ребенка менее 2000 гр.

д) дисбактериоз

20. **ПРИ КАКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ, ПРОВОДИТСЯ**

**ЭКСТРЕННАЯ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА…**

а) дизентерия

б) сальмонеллез

в) скарлатина

г) столбняк

д) ветряная оспа

21. **ИММУНОПРОФЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ**

**ИМЕЕТ ЦЕЛЬЮ…**

а) ликвидацию инфекционных заболеваний

б) предотвращение массовых и тяжело протекающих заболеваний

в) снижение интенсивности эпизоотического процесса

г) апробацию вновь создаваемых вакцинных препаратов

д) повышение рождаемости

22. **ГРАЖДАНИН РОССИИ В РАМКАХ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА**

**«ОБ ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ»**

**ИМЕЕТ ПРАВО НА…**

а) получение от медицинских работников полной и объективной

б) информации о необходимости прививок

в) отказ от профилактических прививок

г) бесплатные прививки (включенные в календарь прививок и

проводимые по эпидпоказаниям)

д) государственное единовременное пособие при проведении прививки

социальную защиту при возникновении поствакцинальных

осложнений

23. **ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН «ОБ ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ**

**ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ» ОПРЕДЕЛЯЕТ ПРАВО**

**ГРАЖДАН НА…**

а) бесплатные профилактические прививки

б) бесплатный медицинский осмотр

в) бесплатное лечение при возникновении поствакцинальных осложнений

г) выбор государственных, муниципальных или частных организаций,

занимающихся осуществлением профилактических прививок

д) бесплатный проезд до места проведения прививки

24. **В СООТВЕТСТВИЕ С ФЕДЕРАЛЬНЫМ ЗАКОНОМ «ОБ**

**ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ» В**

**СЛУЧАЕ ОТКАЗА ГРАЖДАН ОТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ**

**ПРИВИВОК ВОЗМОЖЕН…**

а) запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в

соответствии с международными медико-санитарными правилами

либо международными договорами РФ требует конкретных

профилактических прививок

б) отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные

учреждения

в) временный отказ в приеме граждан в образовательные и

оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых

инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения

эпидемий

г) отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от

работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания

инфекционными болезнями

д) административный штраф по месту жительства

25. **ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫХ**

**ОСЛОЖНЕНИЙ НА ПРИВИВКИ, ПРОВОДИМЫЕ В РАМКАХ**

**НАЦИОНАЛЬНОГО КАЛЕНДАРЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ**

**ПРИВИВОК, ГРАЖДАНЕ ИМЕЮТ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ…**

а) льготы для проезда в лечебное учреждение

б) государственного единовременного пособия

в) льготы по оплате коммунальных услуг

г) государственных дотаций для оплаты детских дошкольных

учреждений

д) бесплатного санаторно-курортного лечения

26. **ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫХ**

**ОСЛОЖНЕНИЙ НА ПРИВИВКИ, ПРОВОДИМЫЕ ПО**

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ, ГРАЖДАНЕ ИМЕЮТ**

**ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ…**

а) ежемесячных денежных компенсаций при наступлении

инвалидности

б) государственного единовременного пособия

в) пособия по временной нетрудоспособности

г) бесплатного санаторно-курортного лечения

д) единовременного пособия в случае наступления смерти после

прививки

27. **ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫХ**

**ОСЛОЖНЕНИЙ НА ПРИВИВКИ, ПРОВОДИМЫЕ В РАМКАХ**

**НАЦИОНАЛЬНОГО КАЛЕНДАРЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ**

**ПРИВИВОК, ГРАЖДАНЕ ИМЕЮТ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ…**

а) государственного единовременного пособия в размере 100 МРОТ

б) ежемесячных денежных компенсаций в размере 10 МРОТ при

наступлении инвалидности

в) ежемесячных денежных компенсаций в размере 100 МРОТ

пособия по временной нетрудоспособности в размере 100%

г) среднего заработка независимо от непрерывного стажа работы

д) единовременного пособия в случае наступления смерти после

прививки в размере 300 МРОТ

28. **ИСПОЛЬЗОВАННЫЙ ОДНОРАЗОВЫЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ**

**(ШПРИЦЫ И ДР.) СЛЕДУЕТ…**

а) удалить вместе с бытовым мусором

б) прокипятить и отправить в контейнер для мусора

в) залить на 1 час кипятком, затем – в бытовой мусор

г) поместить в раствор дезинфектанта, затем привести в негодность

обработкой в автоклаве в течение 1 часа при 132°С

д) поместить в раствор дезинфектанта, затем разобрать инструментарий,

промыть, поместить в твердую упаковку и утилизировать.

29. **ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ДЕЗИНФЕКЦИЮ ПРОВОДЯТ…**

а) в помещениях железнодорожного вокзала

б) на молокозаводе

в) в парикмахерской

г) в салоне самолета

д) в квартире хронического носителя брюшнотифозных бактерий

30. **ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНУЮ ДЕЗИНФЕКЦИЮ ПРОВОДЯТ…**

а) в очаге инфекционной болезни

б) после госпитализации больного

в) после выздоровления больного

г) в квартире после смерти больного

д) при перепрофилировании инфекционного отделения

31. **СТЕРИЛИЗАЦИЮ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ**

**ОСУЩЕСТВЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИМИ МЕТОДАМИ…**

а) термическим

б) биологическим

в) радиационным

г) химическим

д) бактериологическим

32. **В ГЛАСПЕРДЕНОВОМ СТЕРИЛИЗАТОРЕ МОГУТ БЫТЬ**

**ОБРАБОТАНЫ …**

а) боры зубные

б) головки алмазные

в) скальпели

г) корневые иглы

д) резиновые перчатки

33. **ИНФИЦИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ВИЧ**

**ВОЗМОЖНО ПРИ…**

а) проведении парентеральных процедур

б) оперативных вмешательствах

в) рентгенологическом исследовании

г) удалении зубного камня

д) подготовке полости рта к протезированию

34. **ПРИ ПОПАДАНИИ КРОВИ ПАЦИЕНТА НА**

**КОНЪЮНКТИВУ ГЛАЗ СТОМАТОЛОГА ПРИ**

**ПРОВЕДЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОЦЕДУРЫ**

**СЛЕДУЕТ ПРОМЫТЬ ГЛАЗА…**

а) проточной водой

б) 0,05% раствором перманганата калия

в) 10% раствор сульфацил-натрия

г) 2% раствор бикарбоната натрия (сода двууглекислая)

д) 1% раствор борной кислоты

35. **ПРИЧИНАМИ РОСТА ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ**

**ЯВЛЯЮТСЯ…**

а) увеличение числа пациентов группы риска

б) создание крупных многопрофильных больничных комплексов

в) использование одноразового медицинского инструментария

г) формирование госпитальных штаммов

д) увеличение числа инвазивных манипуляций

36. **ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ** \_\_\_\_\_\_\_\_\_ДЛЯ **«ГОСПИТАЛЬНОГО ШТАМ-**

**МА» ВОЗБУДИТЕЛЯ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ…**

а) фагорезистентность

б) резистентность к антибиотикам

в) чувствительность к антибиотикам

г) устойчивость к дезинфектантам

д) устойчивость на объектах внешней среды

37. **ФАКТОРАМИ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВБИ ЯВЛЯЮТСЯ…**

а) длительность госпитализации

б) пол госпитализированных больных

в) возраст больных

г) число инструментальных вмешательств

д) наличие сопутствующих заболеваний

38. **МАНИПУЛЯЦИИ И ПРОЦЕДУРЫ, ПОТЕНЦИАЛЬНО ОПАСНЫЕ**

**ДЛЯ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОГО ЗАРАЖЕНИЯ…**

а) оперативное вмешательство

б) инъекции

в) катетеризация мочевого пузыря

г) гастроскопия

д) электрофорез на поясничный отдел позвоночника

39. **ИСТОЧНИКАМИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ**

**ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ…**

а) воздух палаты

б) предметы ухода за больным

в) медицинский инструментарий

г) пациенты

д) медицинский персонал

40. **С ЦЕЛЬЮ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ВНУТРИБОЛЬНИЧЕОЙ**

**ИНФЕКЦИИ НЕОБХОДИМО…**

а) соблюдение санитарно-гигиенического режима в отделениях

б) проведение дезинфекции и стерилизации медицинского

инструментария

в) контролировать здоровье медицинского персонала

г) регулярное назначение медицинскому персоналу

антибактериальных препаратов

д) проведение дезинфекции постельных принадлежностей больных

41. **ИСТОЧНИКОМ ВОЗБУДИТЕЛЯ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ**

**ИНФЕКЦИИ МОГУТ БЫТЬ …**

а) больные, поступающие в период инкубации инфекционной болезни

б) бактерионосители среди медицинских работников

в) аппаратура для жизнеобеспечения больных в реанимации

г) медицинский инструментарий

д) медицинские работники при наличии у них нераспознанной болезни

42. **АРТИФИЦИАЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ**

**ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ МОЖЕТ РЕАЛИЗОВАТЬСЯ**

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ …**

а) инъекций

б) трансфузий

в) операций

г) дезинфекции

д) эндоскопии

43. **К ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТ…**

а) любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание,

возникающее у пациентов в результате их пребывания в стационаре

б) инфекционное заболевание, возникшее у пациента в результате

посещения поликлиники (процедурного, стоматологических кабинетов)

в) любое инфекционное заболевание медицинского работника

г) инфекционное заболевание медицинского персонала, возникшее

вследствие его работы в ЛПУ

д) инфекционное заболевание у ребенка в детском дошкольном

учреждении

54

44. **ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

**ЗАБОЛЕВАНИЕ, ВОЗНИКШЕЕ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАРАЖЕНИЯ …**

а) в стационаре

б) в процедурном кабинете поликлиники

в) при проведении эндоскопического исследования

г) при парентеральном употреблении наркотиков

д) при переливании крови

45. **НА РОСТ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ**

**ИНФЕКЦИЕЙ ВЛИЯЕТ…**

а) строительство многопрофильных стационаров

б) нарушения санитарно-гигиенического и противоэпидемического

режима в стационарах

в) использование одноразовых систем для медицинских манипуляций

г) широкое бесконтрольное применение антибиотиков

д) появление госпитальных штаммов

46. **ПРИЧИНАМИ РОСТА ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ**

**ЯВЛЯЮТСЯ …**

а) увеличение числа госпитализированных больных

б) создание крупных многопрофильных больничных комплексов

в) увеличение числа парентеральных и других инструментальных

манипуляций

г) использование одноразовых систем для медицинских манипуляций

д) недостаточный контроль за дезинфекцией инструментария, постельных

принадлежностей и воздуха больничных помещений

47. **МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАРАЖЕНИЯ**

**МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ВБИ:**

а) применение средств индивидуальной защиты

б) вакцинация медицинских работников

в) повышение неспецифической невосприимчивости

г) антибактериальная терапия

д) защита травмированной поверхности кожи медицинского работника

лейкопластырем

48. **В СЛУЧАЕ АВАРИЙНОЙ СИТУАЦИИ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ**

**НЕОБХОДИМО:**

а) сообщить о произошедшем заведующему отделением

б) произвести запись в журнале «учёта аварийных ситуаций»

в) составить акт о несчастном случае на производстве в трех экземплярах

г) обратиться \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_за консультацией в территориальный отдел

Роспотребнадзора не позднее 72 часов

д) обратиться за консультацией в региональный центр по борьбе и

профилактике ВИЧ/СПИДа не позднее 36 часов

49. **К АВАРИЙНОЙ СИТУАЦИИ В УСЛОВИЯХ**

**СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ОТНОСЯТ:**

а) повреждение кожных покровов в результате пореза или укола

б) попадание крови или другой биологической жидкости пациента на

рабочую одежду медицинского персонала

в) попадание крови или другой биологической жидкости пациента

на слизистые оболочки глаз, носа и полости рта стоматологу,

г) попадание крови или другой биологической жидкости пациента на

открытые части тела медицинского персонала

д) нанесение укушенных ран пациентами медицинскому персоналу

50. **СТЕРИЛЬНЫЙ МАНИПУЛЯЦИОННЫЙ СТОЛ В**

**СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ НАКРЫВАЕТСЯ:**

а) в начале рабочей смены

б) заново после каждого пациента

в) на 3 часа

г) на 6 часов

д) на 12 часов

**ОТВЕТЫ К ТЕСТАМ**

**1 в 11 б 21 а,б 31 а,в,г 41 а,б,д**

**2 а 12 г 22 а,б,в,д 32 а,б,г 42 а,б,в,д**

**3 в 13 а,б,г,д 23 а,б,в,г 33 а,б,г,д 43 а,б,г**

**4 г 14 г 24 в,г 34 а 44 а,б,в,д**

**5 в 15 д 25 б 35 а,б,г,д 45 а,б,г,д**

**6 в 16 а 26 а,б,в,д 36 а,б,г,д, 46 а,б,в,д**

**7 а,б,в,г 17 а 27 а,б,г,д 37 а,в,г,д, 47 а,б,в,д**

**8 а,б,в,д 18 а 28 г 38 а,б,в,г, 48 а,б,в,д**

**9 а,б,г,д 19 б 29 а,б,в,г 39 г,д 49 а,в,г,д**

**10 б 20 г 30 б,в,г,д 40 а,б,в,д 50 а,г**

**Список литературы:**

**1.** Арутюнов С.Д., Царев В.Н., Остроухова А.А.. Основы применения

современных методов стерилизации и дезинфекции в стоматологической

практике. Учебное пособие. – М., 2003. – 74 с.

**2.** Внутрибольничные инфекции в хирургической стоматологии. / В.С.

Агапов, С.В. Тарасенко, Г.М. Трухина, А.М. Лакшин. – М.: Медицина,

2002. – 255 с.

**3.** Дезинфекция. Дезинсекция. Дератизация: руководство для студентов

медицинских вузов и врачей / В.В. Шкарин. – Н. Новгород. - 2006. –

580с.

**4.** Катаева В.А. Профилактика внутрибольничных инфекций в

стоматологических поликлиниках. Учеб. пособие для студентов

стоматологического факультета. – М., 1989. – 20 с.

**5.** Катаева В.А. Труд и здоровье врача-стоматолога. – М.: Медицина, 2002.

– 208с.

**6.** Организация санитарно-противоэпидемического, дезинфекционно-

стерилизационного режимов и профилактика профессиональных

заражений медицинского персонала в стоматологических поликлиниках

(кабинетах). Практическое руководство. / Е.Б. Иванова, Э.М. Толмачева,

А.А. Шапошников и др. – М.: Хризостом, 2001. – 104 с.

**7.** Плазменная стерилизация стоматологического инструментария.

Методические рекомендации для студентов, ординаторов

стоматологических факультетов и врачей стоматологов/ С.Д. Арутюнов,

В.Н. Царев, А.А. Остроухова и др. – М., ГОУ ВУНМЦ – 2001. – 22 с.

**8.** Профилактика ВИЧ/СПИДа в стоматологической практике.

Медицинские рекомендации. / И.М. Рабинович, А.А. Голиусов, К.Г.

Гуревич, Е.Г. Фабрикант, Ю.В. Мартынов. – М., 2006. – 84 с.

**9.** Санитарно-гигиенический режим, дезинфекция и стерилизация в

стоматологических учреждениях. Учебное пособие./ А.А. Остроухова,

С.Д. Арутюнов, В.Н. Царев и др. – М., 2006. – 51 с.

**10.** Ющук Н.Д., Мартынов Ю.В. Эпидемиология: Учеб. пособие. – М.:

Медицина, 2003. – 448с.