



# ОСНОВЫ БИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

**Б.А.Алиев, К.Н.Дабуров (научный руководитель)**  
*Таджикский государственный медицинский университет  
им. Абуали ибни Сино, г.Душанбе, Республика Таджикистан*

Проблема безопасности труда актуальна в стоматологических учреждениях, так как в полости рта человека присутствуют различные виды микроорганизмов, в том числе и патогенные. Проведение стоматологических манипуляций связаны с травматизацией медицинских работников. Указанные обстоятельства способствуют заражению не только пациентов стоматологических учреждений, но и медицинских работников различными инфекциями, в частности гнойно-септическими, респираторными, гемоконтактными и др.

Ключевые слова: медицинский персонал, стоматологические учреждения, безопасность труда, мероприятия по профилактике инфицирования.

Применение в стоматологических учреждениях новых видов оборудования, в частности высокоскоростных бормашинок, явилось положительным моментом. Поскольку резко сократилось время препарирования зубов, уменьшились болевые ощущения пациентов, и главное, уменьшились физические нагрузки рабочей позы и рук врача.

Однако, высокоскоростные бормашины в процессе работы способствуют рассеиванию микроорганизмов кариозной полости со слюной, кровью и осколками твердых тканей зуба в воздушную среду и на поверхности различного оборудования в лечебных помещениях, что становится причиной инфицирования патогенными и условно-патогенными микроорганизмами как пациентов, так и медицинского персонала.

По данным ВОЗ медицинский персонал стоматологических учреждений занимает первое место в перечне медицинских профессий повышенного риска инфицирования, в частности, вирусами ОРЗ, герпеса, гепатитов и СПИД, а также возбудителями ряда других инфекций, так как проведение почти всех стоматологических манипуляций в полости рта связано с наличием микротравмам, что в свою очередь создает ситуацию для прямого инфицирования через кровь.

Проведенный нами анализ заболеваемости медицинских работников стоматологического профиля показывает, что наибольшее число случаев заболеваний 3,4±0,1 и 38,6±0,4 дней не-

трудоспособности на 100 работающих связано с заболеваниями органов дыхания (ОРВИ, бронхиты и бронхопневмонии), на достаточно высоком уровне у них отмечена заболеваемость герпесом и вирусными гепатитами В и С.

Необходимо отметить, что в мире имеются достаточно много сообщений о возникновении вспышек внутрибольничных СПИД заболеваний, связанных с профессиональной деятельностью медицинских работников, в частности в конце прошлого века в Волгограде, Элисте (Россия) в последние годы в Ливии (дело болгарских врачей), в Чимкенте (Казахстан).

В США, произошло заражение врача стоматолога вирусом СПИДа во время оказания помощи больному, так как врач работал без перчаток при наличии мелких травм на руках [1]. Уже имеются сообщения об отказе стоматологов в лечении больным СПИДом, что связано с реальной опасностью инфицирования при проведении стоматологических манипуляций [2,3,4].

Нами установлено, что за смену врач-стоматолог получает не менее 8 микротравм, не сопровождающихся видимым кровотечением, в частности при пальпации острых краев коронки зуба, пломб, зубного камня. Вследствие скарификации нарушается целостность рогового эпителия пальцев рук, который выполняет основную защитную функцию, а этого вполне достаточно для последующего проникновения вирусов в ткани. К сожалению, на это врачи не обращают внимания, но опасность инфициро-



Для самих стоматологов может иметь и другое последствие - инфицирование здоровых пациентов.

В свете выше изложенного, медицинскому персоналу стоматологических учреждений при оказании медицинских услуг необходимо строжайшим образом соблюдать следующие меры профессиональной предосторожности:

1. В целях предупреждения инфицирования медицинского персонала учреждения необходимо рассматривать всех стоматологических пациентов, как потенциально инфицированных различными микроорганизмами, в том числе вирусами герпеса, гепатитов и ВИЧ.

2. Перед каждым стоматологическим вмешательством необходимо собрать анамнез об имеющейся возможности инфицированности пациента (перенесенные заболевания, обширные хирургические вмешательства, гемофилии, переливания крови и др.). Все повреждения кожи на руках медицинского персонала должны быть закрыты лейкопластырем и напальчниками.

3. Во время проведения стоматологических манипуляций необходимо избегать контактов, способствующих контаминации объектов окружающей среды и распространению инфекции, нельзя вести записи, прикасаться к телефонной трубке и т.п. Не следует касаться руками глаз и слизистой оболочки губ. Следует очень внимательно работать с острыми и режущими инструментами.

4. Кровь, слюна, десневая жидкость всех стоматологических пациентов должны рассматриваться, как потенциально инфицированные. В связи с этим медицинский персонал должен работать в одноразовых резиновых перчатках. На терапевтическом приеме работа в резиновых перчатках при использовании пульпоэкстракторов, миллеровских игл, дрельборов, каналорасширителей и др. инструментария вызывает определенные неудобства. Поэтому на указательный и большой палец правой руки поперечно длиной оси первых фаланг на перчатки наклеивается лейкопластырь, что позволяет прочно удерживать мелкий инструментарий.

5. На терапевтическом и ортопедическом приеме, используемое стоматологическое оборудование рассеивает аэрозоль ротовой полости по всему кабинету, поэтому медицинский персонал должен работать в халатах закрывающих грудь,

для защиты слизистых глаз и губ обязательно использовать прозрачные защитные щитки или многослойные марлевые маски и защитные очки.

6. Перед оказанием стоматологической помощи и во время проведения манипуляций пациенту необходимо постоянно орошать полость рта одним из следующих дезинфицирующих растворов:

- раствором калия перманганата;
- раствором перекиси водорода;
- раствором фурацилина;
- раствором октенисепта

7. После лечения больного и перед приемом нового пациента обязательно согласно правил проводить мытье рук с использованием для их выслушивания только одноразовых стерильных салфеток, при инфицированности органов и полости рта, а также если в анамнезе имеется перенесение гепатита - необходимо обязательное проведение гигиенической обработки рук с мытьем согласно правил и их дезинфекцией 70% спиртом, или каким либо антисептиком.

8. После окончания работы с пациентом, используемый инструментарий, перчатки, марлевые турунды, ватные валики и т.п. опускают в дезраствор на 1 час и затем отправляют инструментарий на предстерилизационную обработку и стерилизацию, перевязочный материал на утилизацию.

9. В ортопедическом отделении дезинфекции подвергают силиконовые массы, слепки. Восковые шаблоны с окклюзионными валиками после работы в полости рта протирают 70% спиртом 2 раза с интервалами 15 мин. Коронки, мостовидные протезы после каждой припасовки на опорные зубы подлежат дезинфекции 70% спиртом или 3% раствором хлорамина. Зубопротезные материалы отправляют для проведения дальнейших работ в зуботехническую лабораторию только после дезинфекции

10. В каждом отделении в медицинском шкафу должен находиться комплект аварийной аптечки, в которой должны находиться:

- а) 70% спирт в количестве 200гр. для прижигания уколов и порезов путем 2-х кратного протирания и полоскания полости рта;
- б) 0,5% спиртовой раствор йода, для обработки кожи;
- в) Дистиллированная вода и навеска калия



...манганата для приготовления раствора с целью промывания слизистых глаз (1:10000).

11. При попадании крови пациента на слизистую оболочку глаз, губ медицинского работника, ему необходимо немедленно обильно промыть их раствором калия перманганата (в разведении 1:10000). При травмах кожи (уколы, порезы) рану обрабатываю 70о спиртом, затем не останавливая кровотечения из повреждения выдавливают кровь, промывают рану и обрабатывают дезинфектантом или йодом и накладывают повязку.

12. Кровь, попавшую на кожные покровы рук и другие части тела, а также медицинский халат, убирают салфеткой, обильно смоченной 70о спиртом или любым дезинфектантом. При прямом контакте медицинского работника с кровью

ВИЧ-инфицированного пациента после проведения указанных мероприятий необходимо поставить в известность администрацию учреждения, которая сообщает о случившемся в центр по борьбе со СПИДом.

**Литература:**

1. Brezina A.J. Los odontologas y LSI. // D.A. Rev. As. odontol. argent. - 1987, - Vol. 75, № 3, - p.77-83.
2. Glik M., Trope M., Pliskin M.E. Defection of Hivinthe dental pulp of a patient with AIDS // J.Amer.dent.Ass. - 1989, - Vol. 119, № 5, P.649-650.
3. Hazelhorn H.M. The reactions of dentists to members of groups at rist of AIDS // J.Amer.dent.Ass. - 1989, - Vol.199, №5, - P.611-618.
4. Rink B. Stomatologiche Aspekte bei AIDS. // Stomatologie DDR. - 1988, -Vol.8, № 7, - P.446-451.

## МЕТАФИЛАКТИКА РЕЦИДИВИРОВАНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДИЕТОТЕРАПИЕЙ

**М.И.Нусратуллоева, К.Н.Дабуров (научный руководитель)**  
*Таджикский государственный медицинский университет им.Абуали ибни Сино, Таджикистан, г.Душанбе*

Проведение метафилактики требует строгого диспансерного наблюдения, соблюдения диеты и приема соответствующих лекарственных препаратов. Для ее проведения предложена схема рекомендаций по коррекции метаболических нарушений в виде алгоритма, который включает индивидуальное послеоперационное амбулаторное динамическое наблюдение и лечение больного МКБ, в том числе и диетотерапию, преследующие цели профилактики обострения хронического пиелонефрита, рецидива камнеобразования, подбора и проведения литоксической и литолитической терапии на фоне воспалительного процесса в почке.

**Ключевые слова:** мочекаменная болезнь, рецидивирование, метафилактика, рекомендации по диетотерапии.

Актуальность. Мочекаменная болезнь (МКБ), является одной из главных проблем современного здравоохранения, занимая второе место в структуре заболеваемости почек и мочевыводящих путей, третье - в структуре причин смерти и четвертое - среди причин инвалидности (1).

Проблема МКБ является актуальной и для Республики Таджикистан. Несмотря на широкую распространенность МКБ, все ранее проводимые в исследования в республике, касались проблем хирургического лечения больных. Вместе с тем необходимо большую роль отводить консервативному лечению направленных на метафилактику рецидивов, возникающих после

операции и профилактику камнеобразования на начальных стадиях развития МКБ (2).

Цель исследования. Разработка рекомендаций по проведению диетотерапии и медикаментозного лечения для метафилактики рецидивов МКБ и профилактики камнеобразования на ранней стадии ее развития.

Материал и методы исследования. Проведение метафилактики и профилактики камнеобразования проводили у 120 послеоперационных больных и 108 больных с ранней стадией МКБ, оценку эффективности судили по результатам хромато-масс-спектрометрического определения литогенных веществ в моче и минеральном