

ОРГАНИЗАЦИЯ И ОБОРУДОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.

Выполнение служебных обязанностей врача-стоматолога во многом зависит от организации рабочего места. В настоящее время придается большое значение его технической оснащенности, так как без лабораторных и функциональных методов исследования подчас невозможно поставить точный диагноз.

Рабочее место стоматолога оснащено сложным оборудованием и аппаратурой, что позволяет успешно решать задачи диагностики и лечения заболеваний зубов, тканей пародонта и слизистой оболочки рта.

НОРМАТИВЫ И ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА

Существуют определенные нормативы и требования к организации стоматологического кабинета, обусловленные, с одной стороны, используемым оборудованием, а с другой — объемом работы и применением потенциально опасных для здоровья материалов, которые при неправильном использовании могут оказывать неблагоприятное воздействие на здоровье медицинского персонала: речь идет об амальгаме, в состав которой входит ртуть.

По существующему положению, стоматологический кабинет на одного врача должен занимать площадь не менее 14 м². Если в кабинете устанавливается несколько кресел, то его площадь рассчитывают, исходя из дополнительного норматива, — 7 м² на каждое кресло. При наличии у дополнительного кресла универсальной стоматологической установки площадь на него увеличивается до 10 м².

Высота кабинета должна быть не менее 3 м, а глубина при одностороннем естественном освещении не должна превышать 6 м.

Стены помещения стоматологического кабинета должны быть гладкими, без щелей. Углы и места соединения стен, пола и потолка должны быть закругленными, без карнизов и украшений. Стены и потолки оштукатуриваются, а затем окрашиваются силикатными или масляными красками. Пол кабинета вначале покрывают плотным картоном, а сверху укладывают рулонный линолеум, который должен переходить на стены на высоту 10 см. Место соединения листов линолеума, так же как и места выхода труб, должны быть зашпаклеваны и покрыты нитрокраской. Указанные меры необходимы для обеспечения эффективной санитарной обработки и уборки.

Стены и пол в стоматологическом кабинете необходимо окрашивать в светлые тона с коэффициентом отражения не ниже 40. Желательно использовать нейтральный светло-серый цвет, не мешающий правильному цветоразличению оттенков окраски слизистых оболочек, кожных покровов,

крови, зубов и пломбировочных материалов. Двери и окна в кабинете окрашивают эмалями или масляной краской в белый цвет. Дверная и оконная фурнитура должна быть гладкой и легко поддающейся чистке.

Стоматологический кабинет должен иметь естественное освещение. Окна кабинета желательно ориентировать на северные направления во избежание значительных перепадов яркостей на рабочих местах за счет попадания прямых солнечных лучей при других видах ориентаций, а также перегрева помещений в летнее время. В кабинетах, имеющих неправильные ориентации, в летнее время рекомендуется прибегать к затенению окон при помощи штор, жалюзи, тентов и других приспособлений.

Световой коэффициент (отношение остекленной поверхности окон к площади пола) должен составлять 1:4 — 1:5. Кабинет должен иметь общее искусственное освещение, обеспечиваемое люминесцентными лампами или лампами накаливания. Для общего люминесцентного освещения рекомендуется использовать лампы со спектром излучения, не искажающим цветопередачу, например, люминесцентные лампы дневного света с исправленной цветопередачей или люминесцентные лампы холодного естественного цвета. Уровень освещенности кабинета при использовании люминесцентных ламп должен составлять 500 лк.

Светильники общего освещения размещают с таким расчетом, чтобы они не попадали в поле зрения работающего врача.

Стоматологические кабинеты, кроме общего, должны иметь и местное освещение в виде рефлектора на стоматологических установках. Создаваемая местным источником освещенность не должна превышать уровень общего освещения более чем в 10 раз, чтобы не вызвать утомительной для зрения врача световой переадаптации при переводе взгляда с различно освещенных поверхностей.

В кабинете врача должна быть кварцевая лампа (настольная или переносная), при помощи которой производится кварцевание воздуха кабинета. Эта процедура производится обычно в перерыве между сменами или после завершения рабочего дня.

В стоматологическом кабинете должны быть рабочие места для врача, медицинской сестры и санитарки. Рабочее место врача предусматривает стоматологическую установку, кресло, столик для лекарств и материалов, винтовой стул. Рабочее место медицинской сестры должно включать стол для сортировки инструментов, суховоздушный шкаф, стерилизатор для шприцев, стерильный стол и винтовой стул. Для работы санитарки должны быть стол для сортировки использованного инструментария, раковина для мойки инструментов. Кроме того, в кабинете должны быть шкаф для хранения материалов и инструментов, шкаф (А) для ядовитых и шкаф (Б) для сильнодействующих лекарственных веществ и письменный стол.

В настоящее время наметилась тенденция к усложнению стоматологического оборудования. Современная стоматологическая установка представляет собой сложный комплекс пневматических, электрических, гидравлических и электронных узлов. Установка включает кресло автоматического управления,

светильник «рефлектор», компрессор и приспособление для проведения необходимых манипуляций в полости рта: препарирования твердых тканей, удаления зубных отложений, удаления слюны и пыли. Препарирование тканей зуба производится инструментами, которые вращаются с различной скоростью. Модульный блок стоматологической установки имеет 2–3 шланга для микромотора и турбинных наконечников. В наборе может быть ультразвуковая установка для удаления зубных отложений, должен быть пистолет для подачи воды и воздуха. Микромоторы позволяют вращать бор от 2000 до 12 000—15 000 об/мин, а турбинные наконечники вращают бор со скоростью 300 000–450 000 об/мин. Некоторые стоматологические установки укомплектованы светополимеризационными лампами. Современное зубохирургическое кресло позволяет придать больному нужное положение и высоту. В конструкции кресла предусмотрена правильная опора головы, спины, поясничной области и ног пациента.

На современных установках обеспечиваются удобства работы как в две, так и в четыре руки, т. е. с помощником. Врач может спокойно работать в положении сидя как на «9 часов», так на «12 часов».

Существуют и более простые установки, которые используются при отсутствии водопровода и канализации.

В терапевтическом стоматологическом кабинете размещают не более трех кресел с обязательным разделением рабочих мест врачей непрозрачными перегородками высотой до 1,5 м.

В зависимости от характера лечебного вмешательства врач-стоматолог может работать в положении сидя и стоя. Большую часть рабочего времени врач должен работать сидя. Сидя выполняются манипуляции, требующие длительных и точных движений. Стоя проводятся кратковременные операции, требующие значительных физических усилий.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ АСЕПТИКИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Асептика — система профилактических мероприятий, направленных на предупреждение попадания микроорганизмов в рану, органы и ткани больного в процессе любых врачебных манипуляций.

Асептика включает: стерилизацию инструментов, материалов, приборов и пр.; • специальную обработку рук врача-стоматолога; • соблюдение особых приемов во время лечебных мероприятий; • осуществление специальных гигиенических и организационных мероприятий в лечебном учреждении.

В терапевтической стоматологии следует руководствоваться указанными выше принципами. Кроме того, необходимо соблюдать принципы антисептики, так как, работая в полости рта, стоматолог всегда имеет дело с инфицированной раной. При этом контактно может осуществляться перенос инфекции, например инфицирование пульпы при случайном ее вскрытии. Более того, несоблюдение мер асептики может привести к передаче инфекции от одного пациента к другому. Так, доказана возможность

передачи вируса возбудителя гепатита В и ВИЧ-инфекции через стоматологические инструменты. Профилактика контактной инфекции заключается в стерилизации всех приборов и инструментов, с которыми соприкасается пациент. Важное значение имеет соблюдение правил обработки рук.

Уничтожение микроорганизмов и их спор (стерилизация) достигается путем применения физических факторов и химических веществ.

Из физических факторов могут применяться высокая температура, ультрафиолетовые лучи, ультразвук. Из химических веществ используют йод, спирт, хлорамин и др. Важным условием применения химических веществ является бактерицидность, отсутствие разрушающего действия на материал или инструмент. К физическим методам стерилизации относятся паровой, горячевоздушный (суховоздушный), методы инфракрасного облучения, фильтрования и радиационный.

Химические методы включают газовый метод (формальдегид) и стерилизацию растворами химических препаратов.

Выбор метода стерилизации определяется особенностью метода и свойствами стерилизуемого материала.

В стоматологии применяют следующие основные виды стерилизации: кипячением, паром под давлением, сухожаровая и холодная.

Кипячение применяют для стерилизации цельнометаллических инструментов. Для уменьшения образования накипи в стерилизатор наливают дистиллированную воду и добавляют натрия гидрокарбонат (питьевая сода) для получения 1–2 % раствора. Продолжительность стерилизации не менее 30 мин от начала кипячения.

Стеклянные шприцы многоразового использования также стерилизуют кипячением, однако кипятят их в дистиллированной воде во избежание выпадения осадка. Шприцы в разобранном виде погружают в стерилизатор с водой комнатной температуры и кипятят не менее 30 мин. Иглы для инъекций можно стерилизовать в содовом растворе, но необходимо вставить мандрен. Лицам, перенесшим эпидемический гепатит, инъекции проводят маркированными шприцами, которые затем подвергаются более интенсивной обработке.

Паром под давлением стерилизуют перевязочный материал, белье, ватные шарики, турунды в паровых или электрических автоклавах. Обычно материал до стерилизации упаковывают в биксы или мешки. Срок хранения материала после стерилизации не более 3 сут.

Сухожаровую стерилизацию применяют для обезвреживания цельнометаллических инструментов в течение 40 мин, из которых 25 мин необходимо для нагревания инструментов до заданной температуры и 15 мин — для обезвреживания. В настоящее время для стерилизации рабочей части стоматологического инструментария (корневые иглы, буравы, дрельборы и боры) применяют термическую обработку путем погружения этих инструментов в среду нагретых до высокой температуры стеклянных

шариков. Время стерилизации в таком аппарате 5–6 с при температуре 240–270 °С.

Холодную стерилизацию применяют для обработки режущих инструментов и стоматологических зеркал. Их погружают в 96 % спирт на 2 ч.

Наибольшие затруднения возникают при дезинфекции стоматологических наконечников. Стерилизация их в сухожаровом шкафу, антисептическом растворе, так же как кипячение в воде, невозможны, так как это приводит к порче трущихся частей в результате испарения масляной смазки. Наилучший способ их стерилизации — кипячение в вазелиновом масле с последующим центрифугированием. Но этот способ стерилизации наконечников применяется в челюстно-лицевой хирургии.

В кабинетах терапевтической стоматологии дезинфекцию стоматологических наконечников проводят путем тщательного двукратного протирания наружных частей и канала для бора стерильным ватно-марлевым тампоном, смоченным 1 % раствором хлорамина, или 3 % раствором формальдегида, или тройным раствором для холодной стерилизации. Интервал между протираниями должен составлять 10–15 мин. Длительность холодной стерилизации при использовании растворов хлорамина и формальдегида 30 мин, а тройного раствора — 45 мин.

В настоящее время для химической стерилизации наконечников используют специальную установку, которая крепится к бормашине и называется «терминатор».

После стерилизации инструменты разбирают, сортируют и хранят на специальном столе, покрытом стерильным бельем, которое меняют ежедневно.

Перед стерилизацией использованное стоматологическое оборудование, инструментарий необходимо подвергать предстерилизационной очистке для удаления с них механических, белковых, жировых загрязнений, а также остатков лекарственных препаратов. Предстерилизационную обработку осуществляют ручным или механизированным способом с помощью специального оборудования с применением моющих растворов, состоящих из смеси 0,5 % раствора пероксида водорода с 0,5 % раствором одного из моющих средств («Астра», «Лотос» и т. д.) в течение 15 мин. В случае применения моющего средства «Биолот» время обработки составляет 3 мин.

Успешная работа стоматологического кабинета во многом зависит от четкого выполнения своих обязанностей медицинской сестрой и санитаркой. Медицинская сестра находится в подчинении главного врача, заместителя главного врача, заведующего отделением (кабинетом) и старшей сестры. Она отвечает за сохранность и состояние оборудования кабинета, техническую исправность аппаратуры, установок и кресел. Перед началом работы она стерилизует инструментарий и материалы, готовит рабочее место врача. В ее обязанности входит руководить поступлением больных в кабинет во время приема, подавать врачу необходимые инструменты и материалы.

Медицинская сестра полностью отвечает за хранение медикаментов, в том числе групп А и Б, следит за санитарным состоянием кабинета.

Санитарка ежедневно производит влажную уборку помещения после завершения приема. Во время работы кабинета она производит тщательную механическую обработку и мытье лотков и инструментов, бывших в употреблении. Плевательницы стоматологических установок после смыва обрабатывают 1–2 % раствором хлорамина.