

В фокусе – инфекция

Актуальная тема выявления инфекции, умения противостоять ей, разработка и внедрение новых эффективных средств диагностики и дифференцирования причин, методов лечения, способов дезинфекции и стерилизации, использование в этих целях новейших антибактериальных средств находит свое отражение в докладах и комментариях ведущих руководителей стоматологических кафедр и отделений, научных сотрудников и целевых менеджеров многих фирм. Эта тема рассматривается на различных по формату стоматологических мероприятиях – симпозиумах, мастер-классах, пресс-конференциях, стендовых сопровождениях во время презентационно-выставочной работы. Острота данной темы осложнена тем обстоятельством, что параллельно растут эпидемии наркомании, вирусных гепатитов, ВИЧ/СПИДа и других социально значимых заболеваний. В программе ближайшего «Дентал-Ревю 2013» заявлен симпозиум «Инфекционные заболевания и их проявления в полости рта», в смежных симпозиумах пройдут обсуждения вопросов ранней диагностики заболеваний, безопасности и качества стоматологического лечения и др.

Насколько тема обеспечения инфекционной безопасности при приеме детского и взрослого населения в медицинских учреждениях важна, видно и из формулировки главы 16 статьи 124 Уголовного кодекса РФ «Неоказание помощи больному»: «Неоказание помощи больному без уважительной причины лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, является нарушением» и считается уголовным преступлением.

Для пациентов, доверяющих свое здоровье сотрудникам стоматологических клиник, гарантия защиты от инфекций является важнейшим фактором, влияющим на выбор лечебного учреждения. Так что проблема личной безопасности персонала и пациентов, проходящих лечение в каждой конкретной стоматологической клинике, приобретает первостепенное значение.

Не претендуя на полноту раскрытия темы «Инфекционная безопасность в стоматологической клинике», мы представляем нашим читателям ключевые фрагменты из авторитетных лекционных выступлений, исследований, новостных и статистических данных, опубликованных на специализированных сайтах и в СМИ. При подготовке материала были использованы:

- лекция д.м.н., проф. Рабиновича И. М. из доклада «ВИЧ-инфекция – проявления в полости рта. Тактика врача-стоматолога» (совместный доклад д.м.н. Рабиновича О.Ф., проф. Рабиновича И. М., проф. Банченко Г. В., ЦНИИС и ЧЛХ, отдел терапевтической стоматологии, 17.11.2010);

- лекция Рудольфа Тренкеншу – территориально-менеджера по странам СНГ завода Dürr Dental AG (Германия) «Проблемы перекрестной инфекции в стоматологии» (лекционный день в ПМГМУ, ноябрь 2012 г.);

- исследовательская работа Андрея Кузина «Сравнительная оценка средств защиты лица врачей-сто-

матологов», кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии стоматологического факультета ПМГМУ им. И.М. Сеченова, 2010 г.;

- статья Юлии Шухоровой – к.м.н., врача высшей категории, главного врача ГБУЗ «Самарская областная стоматологическая поликлиника» «Инфекционный контроль в стоматологии. Опыт внедрения в клиническую практику методов экспресс-диагностики на ВИЧ и гепатит С», 2012 г. (см. газету «Стоматология Сегодня» №7/2012);

- презентационный материал компании «Юнидент»: экспресс-тесты OraQuick для обнаружения вирусов гепатита С и ВИЧ 1/2/СПИД;

- материалы сайтов www.gepatit.com; <http://medportal.ru>; <http://hivdent.ru>.

1. Каждый сотрудник стоматологического учреждения, и в первую очередь, врач-стоматолог, создает:

- оказание стоматологической помощи носит массовый характер;

- слизистая оболочка рта в силу своей иммунологической особенности является местом первых, начальных клинических проявлений различного рода инфекций;

- для выявления инфекции и постановки диагноза необходимы немалые финансовые средства;

- наиболее реальным средством защиты персонала клиники является постоянная настороженность и бдительность лечащего врача, основанная на знаниях клинических проявлений заболеваний.

2. Персонал клиник обязан стремиться уменьшить концентрацию патогенных микроорганизмов вблизи пациентов до такого уровня, при котором его естественные защитные силы способны предотвратить заражение. Экономить на дезинфицирующих средствах недопустимо.

3. Во время проведения манипуляций, когда возможно появление брызг крови, слюны и других биологических жидкостей, необходимо соблюдать универсальные меры предосторожности. К ним относятся: использование защитных экранов, прикрывающих лицо до подбородка, масок в сочетании с защитными очками, снабженными боковыми щитками. Индивидуальные средства защиты должны предохранять рабочую и обычную одежду, нижнее белье, кожные покровы, глаза, рот и другие слизистые оболочки от контакта с кровью и другими биологическими жидкостями в течение всего времени использования этих средств. Нет необходимости говорить о значимости одноразовых перчаток, халатов, хирургических колпачков или шапочек, сменной обуви или бахил. Постоянно контактируя с микробной аэрозолью, персонал стоматологической клиники должен быть насторожен, информирован о потенциальной опасности; помимо индивидуальных средств защиты обеспечен экстренной фармакологической защитой, средствами диагностики и профилактики от инфекций, оборудованием для стерилизации и автоклавирования и пр.

4. Необходимо сохранять защитные барьеры макроорганизма. При отсутствии нарушений в иммунной системе макроорганизма его иммунная

система способна защищать организм от инфекции микробной аэрозоли, препятствовать колонизации чужеродных микроорганизмов (явление колонизационной резистентности). Наибольшая опасность возникает при различного рода нарушениях иммунной системы и защитных барьеров макроорганизма.

4.1. Защитная система кожи: роговой слой эпидермиса представляет собой механический барьер. Низкая температура поверхностных слоев кожи и ее кислотность ($pH = 5.5$) создают неблагоприятные условия для роста большинства бактерий. Секрет потовых и сальных желез содержит лизоцим, лактоферрин, иммуноглобулины А и G, которые проявляют бактерицидную активность. Микробная аэрозоль представляет наибольшую опасность при нарушениях иммунной системы макроорганизма.

4.2. Индивидуальной системой защиты полости рта и изоляции одного или нескольких обрабатываемых зубов от остальной полости рта во время лечения пациента является коффердам. Применение коффердама позволяет избежать возможности возникновения перекрестной инфекции, исключает попадание в полость рта агрессивных химических реагентов (которые могут привести к ожогам слизистой и нарушению ее целостности). Благодаря применению коффердама, помимо достижения при манипуляциях максимальной сухости операционного поля, происходит защита языка, щек и мягких тканей; контроль за десневым кровотечением; защита от случайного попадания инструментов в полость рта; избегаются множественные полоскания, сплевывания и смены ватных тампонов.

4.3. Для обеспечения высокого качества эндодонтического лечения, надежной адгезии композитных материалов при постановке пломб или фиксации керамических реставраций, при удалении амальгамовых пломб использование коффердама считается обязательным!

5. Факторы риска в стоматологических клиниках для стоматологов и их ассистентов:

- инфекционные заболевания встречаются значительно чаще, чем у представителей других профессий;
- профессиональной болезнью являются: для 20% – туберкулез; для 22,5% – гепатиты (данные British Dental Journal. 2000. Vol. 189. №12);
- вероятность заболеть в течение трудовой деятельности гепатитом – свыше 50%.

6. Стоматологическое лечение предоставляет вирусам и бактериям возможность распространяться и поражать других людей по следующим направлениям:

- проникновение внутрь стоматологических наконечников контактным путем вследствие обратного всасывания и капиллярного эффекта;
- распространение по водным путям стоматологической установки;
- выброс в полость рта во время приема следующего пациента;
- проникновение через поврежденную слизистую оболочку в кровоток;
- смешивание крови со слюной в полости рта.

7. Пути передачи инфекции в стоматологической клинике:

– прямой контакт: руки; воздушно-капельный (чиханье, кашель); биологические жидкости: кровь, слюна, пот;

– непрямой контакт: инструменты; использованные материалы; брызги крови, слюны и т.д. на здоровую или поврежденную кожу или слизистую оболочку; аэрозоль.

8. Вода стоматологической установки служит средством транспорта бактерий и вирусов от одного «хозяина» к другому. Это побудило ученых разрабатывать эффективные средства борьбы в контаминации их с водой, подаваемой на стоматологические инструменты, а также с теми их компонентами, которые находятся в установках резервуаров и каналов. В связи с этим системы дезинфекции, применяемые в стоматологической клинике, делятся на пассивные и активные.

В пассивных технических средствах обеспечивается предотвращение обратного тока (клапаны, находящиеся в инструментах; системы, встроенные в стоматологическую установку). Они снижают обратное всасывание, но не способны предотвратить проникновение микроорганизмов вследствие прямого контакта и эффекта капиллярности.

Принцип работы активных систем дезинфекции заключается в промывании водных путей установки химическими стерилизующими агентами для уничтожения уже внедрившихся патогенов.

Как показали проведенные сравнительные исследования, использование только пассивных систем неспособно обеспечить на долговременной основе надлежащий уровень гигиенической защиты. Методы активной профилактики являются наиболее действенным оружием в борьбе с перекрестным инфицированием на стоматологическом приеме и обязательны к применению в клинике любого уровня.

9. Аэрозоль.

9.1. Последствия от воздействия аэрозоли в стоматологической клинике:

- персональная опасность и риск инфицирования (воздействию инфицированной аэрозоли, в том числе повышенной концентрации, стоматолог и ассистент подвергаются уже в течение первых 15 минут; они вдыхают 1 м^3 воздуха в час);
- инфицирование ручек дверей, подлокотников, ручек светильников и прочих поверхностей;
- плохая видимость рабочего поля;
- оральные стрептококки в аэрозоли стабильнее, чем другие микроорганизмы. Выявлено, что их часть в аэрозоли свыше 50% по отношению к другим микроорганизмам.

9.2. При работе со стоматологическим высокоскоростным наконечником, УЗ-скайлером, пескоструйным аппаратом, вокруг операционного поля врача-стоматолога формируется особая аэрозоль. По своей структуре это мелкодисперсная высокоплотная среда (средний диаметр частиц – 5 мкм). Инфицированное аэрозольное облако превышает в диаметре несколько метров (2-3 м), циркулирует в воздухе 10-20 минут.

9.3. В составе аэрозоли – бактерии, пломбировочные материалы и лекарственные средства, ротовая жидкость пациента, частицы твердых тканей зуба, образующиеся при препарировании.

10. Два основных источника бактерий в формирующейся аэрозоли: полость рта пациента и биопленка

внутренних коммуникаций стоматологической установки. Для основной массы пациентов стоматологических кабинетов и клиник проблема перекрестного инфицирования через стоматологические установки имеет первостепенное значение.

Водно-воздушный пистолет, УЗ-, турбинные, механические наконечники подключены к стоматологической установке при помощи системы мелких трубочек, по которым циркулирует поток воздуха и воды. Согласно законам гидродинамики движущаяся вода в толще трубок формирует по центру основной высокоскоростной поток, а по периферии – замедленный, что способствует осаждению частиц на поверхности материала трубки. Застой воды во внутренних коммуникациях установки, возникающий при прекращении работы на стоматологической установке (особенно в выходные, праздничные дни), создает благоприятные условия для роста микроорганизмов. Осажденные частицы вместе с микроорганизмами формируют биопленку. Количество бактерий в воде, циркулирующей по системе трубок, составляет 200 000 КОЕ/мл, что в 400 раз больше, чем в водопроводной воде. Видовой состав микроорганизмов биопленки содержит различные бактерии, в том числе микобактерии, простейшие (в основном – амёбы) и вирусы.

При проведении профессиональной гигиены полости рта УЗ- и пескоструйными аппаратами все многообразие бактерий зубной бляшки переходит в состав аэрозольного облака.

10.1. Кавитационный эффект УЗ-скайлера в 70% случаев приводит к формированию микробной аэрозоли.

10.2. Пескоструйные системы, использующие для снятия зубных отложений подачу смеси из мелкодисперсного порошка-абразива и жидкости под давлением 5-7 бар, сами по себе образуют аэрозоль.

10.3. Зубная бляшка содержит в себе до 160 различных видов микроорганизмов. Большая часть из них представлена факультативно и облигатно анаэробными стрептококками.

– Во время клинического приема пациентов:

- При препарировании твердых тканей зуба высокоскоростными турбинными наконечниками, при лечении кариеса или вмешательствах на эндодонте образующаяся аэрозоль содержит большое количество патогенной флоры. Микрофлора кариозной полости и инфицированного корневого канала практически на 90% состоит из анаэробных форм бактерий.

- По данным Кунина А. А., уровень бактериального загрязнения воздуха на протяжении рабочего дня (начало, середина, окончание) наиболее высок в ортопедическом (1942 КОЕ/м³) и терапевтическом (1702 КОЕ/м³) кабинетах, в хирургическом он значительно ниже (779,5 КОЕ/м³) [8].

- В литературе встречается множество фактов, говорящих о патогенности микробной аэрозоли.

Так, British Dental Journal сообщает о случаях инфицирования пациентов синегнойной палочкой после посещения врача-стоматолога, а в 1994 году врач умер от легочной формы легионеллеза (*Legionella pneumophila*), вдохнув, как предполагается, воздух из водно-воздушного пистолета. Известно, что распространенность антител к *L. pneumophila* значительно выше среди стоматоло-

гического персонала, чем в группе населения (34% и 5% соответственно).

11. Туберкулез

Существует риск аэрозольного заражения туберкулезом врача-стоматолога и медперсонала, что во многом связано с показателем заболеваемости всего населения региона и потенциальной угрозой при приходе в клинику инфицированного больного. В слюне больного туберкулезом содержится достаточное количество микобактерий (7×10^4 КОЕ/мл), чтобы инфицировать персонал, оказывающий ему стоматологическую помощь, путем прямого и непрямого контакта.

12. Стафилококки и стрептококки вызывают большое количество гнойничковых кожных заболеваний (в том числе герпес, скарлатина и пр.).

12.1. Стафилококки (*Staphylococcus aureus*) присутствуют у большинства людей и являются частью нормальной микрофлоры кожных покровов, слизистых оболочек и нижнего отдела кишечника. Носительство стафилококка часто встречается и у медицинского персонала. (Заражение стафилококком происходит воздушно-капельным путем и через загрязненные руки медиков; заразиться можно через открытые раны, ожоги, глаза, кожу, кровь; возможна передача инфекции с инструментами, катетерами, перевязочным материалом, предметами ухода, а также пищей). Клинические проявления стафилококковых болезней многообразны – от заболеваний кожи и пневмонии до менингита и сепсиса.

12.2. Одно из самых распространенных семейств бактерий – MRSA – метициллин-резистентный золотистый стафилококк.

12.3. MRSA – это «модификация» золотистого стафилококка, устойчивая к одному или более антибиотикам. На сегодняшний день исследователи обнаружили 17 видов MRSA, отличающихся разной степенью устойчивости к антибиотикам. Инфицированность MRSA может вызывать широкий спектр симптомов в зависимости от органа, подвергшегося заражению. Начальными признаками заражения являются краснота, отечность и болезненность инфицированного участка.

Если верить официальной статистике, количество смертельных случаев от этой, одной из наиболее опасных больничных инфекций, в последние годы значительно увеличилось, а число случаев заражения постоянно растет.

13. Гены бактерий постоянно видоизменяются, чтобы противостоять основному своему врагу – антибиотикам.

13.1. Более слабые виды бактерий, столкнувшись с антибиотиком, погибают, в то время как более стойкие просто игнорируют лекарство. Это означает, что в следующий раз вы можете столкнуться уже со стафилококком, который удачно пережил встречу с антибиотиком, а, следовательно, приобрел устойчивость к нему. Именно поэтому врачи всегда советуют пациентам пропивать весь курс антибиотиков до конца. Если пациент не оканчивает курс лечения, то большинство бактерий умирают, но не все. Выжившие бактерии приобретают резистентность к антибиотикам. А каждая последующая мутация только увеличивает способность бактерий к выживанию.

13.2. Применение огромного числа антибиотиков вызывает огромное число мутаций стафилококка,

тем самым увеличивая его устойчивость к лекарственным препаратам.

13.3. Хотя новые антибиотики разрабатываются постоянно, пессимистично настроенные эксперты полагают, что выработка устойчивости к ним – это только вопрос времени.

13.4. Одна из главных причин появления устойчивых к лекарствам микробов – злоупотребление антибиотиками. Механизмы устойчивости к антибиотикам различны у разных классов микроорганизмов. (Тем не менее, сплошь и рядом врачи назначают антибиотики пациентам с вирусной инфекцией. При этом антибиотики не оказывают никакого эффекта на вирусы. Зато бактерии в организме от применения антибиотиков прекрасно себя чувствуют – мутируют и размножаются). Поэтому в настоящее время врачам рекомендовано сократить назначение антибиотиков.

14. Вирусы

В последние годы среди пациентов, посещающих стоматологические клиники, все чаще встречаются инфицированные вирусами гепатита В, гепатита С и вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Инфекции, вызываемые этими вирусами, глобально распространены и связаны с высокой смертностью лиц трудоспособного возраста. Широкое распространение вирусных гепатитов объясняется легкостью заражения. Вирусный гепатит в 1000 раз заразнее СПИДа! Установлена прямая корреляционная связь между численностью наркоманов и лицами, входящими в группы заболевания ВИЧ-инфекцией и гепатитами В и С. Проблема личной безопасности персонала, а также пациентов, проходящих лечение в каждой конкретной стоматологической клинике, приобретает первостепенное значение.

15. Гепатиты

15.1. Гепатит – общее название воспалительных заболеваний печени, возникающих от различных причин и имеющих разное лечение. Распространение вирусного гепатита на планете приобретает характер средневековой эпидемии. По данным ВОЗ, каждый третий житель планеты заражен этим коварным вирусом. Существует множество вирусов гепатита, из которых наиболее изученными и опасными являются вирусы А, В, С, D, J, ТТ. Хроническое течение вирусных гепатитов, характерное для вирусов В, С и D, не имеет чаще всего никаких видимых проявлений. Однако в большинстве случаев длительное (в течение нескольких лет) размножения вируса в печени приводит к серьезным необратимым изменениям – циррозу и первичному раку печени. У хронических больных налицо генерализованное разрушение зубов.

15.2. Факторами риска для заражения могут быть общие бритвенные приборы, маникюрные принадлежности, нанесение татуировок, посещение стоматолога, гинеколога, перенесенная операция и переливание крови. Роль полового пути передачи вируса особенно актуальна для гепатита В и составляет около 30%, в то время как гепатит С передается половым путем существенно реже. Важный фактор риска инфицирования – внутривенное введение наркотиков.

15.3. Экспериментальные модели, разработанные для изучения возможных путей распространения различного вида гепатитов, подтверждают, что

большинство разновидностей вирусной инфекции может передаваться через стоматологические установки.

15.4. Гепатит А (HAV) – инфекционное вирусное заболевание печени, может развиваться у любого человека. Возможны эпидемические вспышки заболевания; передается водным и пищевым путем. Большинство случаев гепатита А имеют типичные симптомы, заболевание может приходиться к выздоровлению и не требует специального лечения. Для профилактики вирусного гепатита А созданы вакцины.

15.5. Гепатит В (HBV) – инфекционное заболевание печени, обусловленное вирусом; очень устойчив во внешней среде, может сохраняться около недели – даже в засохшем и незаметном пятне крови, на лезвии бритвы, конце иглы; кровь инфицированного вирусом гепатита В становится заразной задолго до появления первых симптомов заболевания и сохраняет эти свойства в той или иной степени на все время хронической инфекции. Через повреждения кожи и слизистых вирус HBV попадает с током крови в печень; проникая в клетки печени – гепатоциты, начинает размножаться. HBV обладает высокой инфекционностью. Три четверти жителей Земли живут в регионах с высокой заболеваемостью HBV. Вирус передается, в основном, через кровь. 0,0001 мл крови достаточно для инфицирования. Хронический вирусный гепатит В – опасное заболевание, которое может привести к тяжелым последствиям и гибели заболевшего. Ежегодно отмечается около 4 млн случаев острого HBV, а от последствий хронического HBV погибает 1 млн человек. У 10% хронических больных исход – цирроз печени. Поэтому важно своевременно распознавать и начинать лечение HBV.

Анализ частоты выявления маркеров вируса гепатита В у медицинских работников (распространенность среди медработников маркеров вируса гепатита В исследовала Платошина О. В.) показал, что среди врачей со стажем работы более пяти лет частота выявления суммы маркеров достоверно больше, чем в группе лиц со стажем до пяти лет: 51,3% и 22,0% соответственно. Пораженность этой инфекцией персонала стоматологических поликлиник составляет 56,6%).

15.6. Хронический гепатит С (HCV) – воспалительный процесс в печени, продолжающийся более шести месяцев; его причина связана с повреждением клеток печени HCV. Открыты шесть различных видов (генотипов) вируса гепатита С. В России встречаются генотипы 1 (1а, 1в), 2 (2а, 2в), 3а. От генотипа зависит длительность и эффективность лечения. При попадании HCV в кровь в 85% случаев организм не может с ним самостоятельно справиться и заболевание принимает хроническое течение. Антивирусная терапия эффективна в 50% случаев. При длительном течении гепатита без правильного лечения возможно развитие фиброза и цирроза печени (у 20-30% переболевших развивается цирроз печени), в редких случаях на фоне цирроза печени развивается рак печени (у 3% больных циррозом). В 15% случаев наблюдается самостоятельное излечение. На сегодня число инфицированных HCV россиян может достигать 5 000 000 человек. HCV характеризуется высоким разнообразием, частым появлением спонтанных мутаций, позволяющих вирусу уклоняться от иммунного ответа

макроорганизма, что объясняет высокий процент хронизации, резистентность к антивирусной терапии, трудности в разработке вакцины.

15.7. ВИЧ (HIV) вызывает поражение иммунной системы человека. Последняя (терминальная) стадия заболевания ВИЧ-инфекцией – СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита). Период от ВИЧ-инфицирования до проявления полной клинической картины СПИДа длится в основном от двух до пяти лет, реже – до 10 лет.

То есть HIV является возбудителем ВИЧ-инфекции и СПИДа. По официальным данным, в 2011 году общее число россиян, инфицированных ВИЧ, зарегистрированных в РФ до 1 ноября 2011 года, составило 636 979 человек, в том числе 5632 ребенка в возрасте до 15 лет (по информации на 25 ноября 2011 года). По неофициальным данным, эта цифра вдвое больше, поскольку есть огромное количество людей, которые даже не подозревают о том, что заражены.

16. Неудивительно, что эпидемия ВИЧ/СПИД – глобальная проблема человечества. Эпидемиологическая ситуация осложняется тем обстоятельством, что идет параллельное развитие эпидемий наркомании и вирусных гепатитов. Общность путей и факторов передачи возбудителей приводит к быстрому распространению ВИЧ-инфекции в группах, имеющих фактор риска инфицирования.

Статистика такова:

- почти 65 млн человек инфицированы ВИЧ;
- 25 млн человек умерли от СПИДа;
- 40 млн человек инфицированы и живут с ВИЧ сегодня.
- 50% ВИЧ-пациентов – женщины;
- 2,3 млн инфицированных – дети;
- 55% ВИЧ-пациентов – в возрасте до 25 лет (до 80% в Восточной Европе).

Поражение кожи и слизистых (в том числе в полости рта) может указывать на присутствие ВИЧ-инфекции своим необычно острым началом, атипичной клинической картиной, повышенной резистентностью к лечению, что в свою очередь, может свидетельствовать о начальном симптоме системного процесса, связанного с ВИЧ-инфицированием пациентов.

17. Вирусная атака. Пути следования вируса.

- персистенция вируса в клетках печени;
- проникновение в кровоток;
- смешивание крови со слюной в полости рта;
- проникновение вируса внутрь стоматологических наконечников контактным путем, вследствие обратного всасывания и капиллярного эффекта;
- распространение по водным путям стоматологической установки;
- выброс в полость рта во время приема следующего пациента;
- проникновение через поврежденную слизистую оболочку в кровоток;
- колонизация печени.

Большинство пациентов не знают свой ВИЧ-статус и никогда не сдавали анализы на гепатит.

Всегда есть риск, особенно при возникновении чрезвычайных ситуаций, заразиться инфекциями от пациента. По санитарно-эпидемиологическим правилам, все лечебно-профилактические учреждения должны быть обеспечены или иметь при необходимости доступ к экспресс-тестам на ВИЧ и антиретровирусным препаратам.

18. Новое решение проблемы распространения инфекций в стоматологическом кабинете – использование оперативных одноразовых анонимных экспресс-тестов OraQuick для обнаружения вирусов гепатита С и ВИЧ 1/2/СПИД.

18.1. Тестирующие устройства OraQuick представляют собой миниатюрные тестеры с лопаточкой для забора исследуемого материала и контейнер с буферной смесью.

18.2. Тестирующие устройства OraQuick производятся американской компанией OraSure Technologies. В России дистрибьютором тестов OraQuick является компания Unident.

18.3. Новая уникальная методика тестирования: тесты обнаружения ВИЧ/СПИД – OraQuick Advance HIV1/2/СПИД и обнаружения вируса гепатита С – OraQuick HCV по результатам исследования десневой жидкости на наличие антител к ВИЧ и HCV – способна обезопасить и врачей-стоматологов, и их пациентов.

18.4. Тесты OraQuick официально признаны, одобрены и рекомендованы к использованию во всем мире, в том числе в России (тесты рекомендованы Росздравнадзором).

18.5. Эффективность и надежность OraQuick подтверждена как зарубежными, так и российскими специалистами; точность анализов подтверждают тысячи исследований.

18.6. Материалом для проведения анализов может служить плазма, цельная кровь, но, что наиболее важно и удобно для стоматологов – десневая жидкость.

18.7. Неинвазивный и безболезненный тест позволяет получить результат за 20 минут в пределах стоматологического кабинета; для этого не требуется ни лабораторных условий, ни специальной подготовки персонала.

18.8. Чувствительность теста при анализе десневой жидкости на ВИЧ составляет 99,3%, специфичность – 99,8%. При выявлении гепатита С чувствительность теста – 98,1%, специфичность – 99,6%. (Результаты исследования опубликованы в одном из последних выпусков журнала The Lancet Infectious Diseases).

19. Фактически сегодня тесты OraQuick – единственный метод, предоставляющий реальную возможность оперативно проводить тестирование всех пациентов, посещающих стоматологический кабинет.

20. Опасность перекрестной инфекции в стоматологической практике может быть существенно снижена, благодаря гигиеническим мероприятиям:

- с пациентом – внимательному изучению анамнеза, применению орального антисептика;
- с персоналом – применению защитных очков, масок, щитков, перчаток, халатов, шапочек; использованию дезинфицирующих средств, обладающих широким спектром активности, быстрой и необратимой активностью, стабильностью при хранении, совместимостью со стоматологическими материалами, безвредностью, а также удовлетворительными органолептическими свойствами.

Материал подготовила Галина Масис