

УДК 616-036.22:628.691

Организация и проведение производственного контроля в лечебно-профилактических учреждениях на современном этапе

Т.В. Соломай, М.А. Сырцова*

Резюме. Представлены результаты анкетирования 112 сотрудников лечебно-профилактических организаций стоматологического профиля, в должностные обязанности которых входит составление плана производственного контроля и организация его проведения. Респондентам предстояло ответить на одиннадцать вопросов, затрагивающих проблемы биологической безопасности, соблюдения санитарно-гигиенического режима, в том числе при организации дезинфекции, стерилизации, обеспечения пациентов и персонала водопроводной водой надлежащего качества. Показан низкий уровень информированности медицинского персонала по вопросам организации и проведения производственного контроля.

Ключевые слова: производственный контроль, биологическая безопасность, внутрибольничные инфекции, лечебно-профилактические организации.

SOME PROBLEMS OF INDUSTRIAL CONTROL ORGANIZATION IN HEALTHCARE FACILITIES TODAY

T.V. Solomay, M.A. Syrtsova

Summary. The results of the survey 112 employees of health care organizations, dental profile, job responsibilities include scheduling of production control and organization of the meeting. Respondents had to answer the eleven questions concerning the issue of biological safety, good hygiene regime, including the organization of disinfection, sterilization, providing patients and staff with tap water of adequate quality. Shows a low level of awareness of medical personnel in the organization and carrying out of production control.

Key words: industrial control, bio-security, nosocomial infections, treatment and prevention organizations.

Производственный контроль как система внутреннего контроля организаций (предприятий, учреждений) за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических мероприятий был введен в 2002 г. с момента вступления в силу санитарных правил СП 1.1.1058-01 «Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий» [6]. Особую актуальность производственный

контроль приобрел для лечебно-профилактических организаций: он стал неотъемлемой частью мероприятий по защите пациентов и персонала от внутрибольничных инфекций [1, 2, 7, 8].

На протяжении последних одиннадцати лет, на фоне совершенствования законодательства, претерпела изменения и система производственного контроля в лечебно-профилактических организациях.

Так, с введением СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требо-

* Межрегиональное управление № 1 ФМБА России, Москва, 1-й Пехотный пер., д. 6; тел.: (499) 190-39-90; e-mail: Solomay@rambler.ru; ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России.

вания к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» [5], были конкретизированы объекты производственного контроля в лечебно-профилактических организациях, определены сроки и кратность проведения лабораторно-инструментальных исследований, должностные лица, ответственные за организацию и проведение мероприятий в рамках производственного контроля, предложен примерный план производственного контроля за соблюдением санитарных правил при проведении дезинфекционных и стерилизационных мероприятий.

В то же время, при исполнении данных требований у лечебно-профилактических организаций возникают проблемы, связанные, в первую очередь, с недостатком знаний и опыта персонала по вопросам организации и проведения производственного контроля. В ходе проводимых органами государственного санитарно-эпидемиологического надзора проверок лечебно-профилактических организаций выявлено, что наиболее распространенными нарушениями санитарных норм и правил при организации и проведении производственного контроля являются:

- несоблюдение сроков и кратности проведения мероприятий в рамках производственного контроля;

- проведение производственного контроля в неполном объеме (в план производственного контроля не включены или фактически не контролируются отдельные параметры);

- проведение производственного контроля, в том числе с использованием лабораторно-инструментальных исследований, в подразделениях, помещениях на объектах производственного контроля, где это не предусмотрено требованиями санитарных правил.

С целью определения информированности медицинского персонала по вопросам организации и проведения производственного контроля проведено анкетирование. В опросе приняли участие

112 чел., в должностные обязанности которых входит составление плана производственного контроля и организация его проведения. Все опрошенные были сотрудниками лечебно-профилактических организаций стоматологического профиля. Респондентам предстояло ответить на одиннадцать вопросов, затрагивающих проблемы биологической безопасности, соблюдения санитарно-гигиенического режима, в том числе при организации дезинфекции, стерилизации, обеспечения пациентов и персонала водопроводной водой надлежащего качества.

На вопрос, в каких помещениях стоматологической клиники необходимо осуществлять бактериологический контроль воздуха, ни один из опрошенных не дал исчерпывающего ответа. Основная ошибка заключалась в том, что в перечень помещений для проведения бактериологического контроля воздуха включались кабинеты терапевтической и ортопедической стоматологии, холлы и вестибюли, относящиеся к помещениям классов «В» и «Г» по чистоте воздуха, в то время как нормативные значения чистоты воздуха по бактериологическим показателям установлены для помещений классов «А» и «Б» [5].

Аналогичные ошибки были допущены при ответе на вопрос, в каких помещениях в системе вентиляции и кондиционирования необходимо устанавливать фильтры высокой очистки воздуха. Правильный ответ дали 69 опрошенных (61,6%).

Из 112 опрошенных 22 чел. (19,6%) в рамках производственного контроля предложили исследовать воздух на наличие легионелл во всех кабинетах, где осуществляется прием пациентов, 39 (34,8%) – во всех кабинетах, где имеется приточно-вытяжная вентиляция, 44 (39,3%) – во всех помещениях, оснащенных кондиционерами, и только 7 (6,3%) – в кабинетах, где кондиционирование осуществляется за счет центральных систем с увлажнением воздуха [4, 5].

Затруднения вызвали вопросы, касающиеся необходимости исследования горячей воды на наличие легионелл. Так, только 12 респондентов (10,7%) считают, что в рамках производственного контроля необходимо проводить измерение температуры горячей водопроводной воды. При этом 9 чел. (8,0%) предположили, что исследование горячей водопроводной воды на наличие легионелл проводится во всех случаях, 56 (50,0%) – сочли это исследование необязательным, и только 47 респондентов (42,0%) ответили, что обнаружение легионелл осуществляется в том случае, когда температура горячей воды в разводящей сети ниже 50 °С.

Исследование смывов с поверхностей в лечебно-профилактических организациях проводится, в первую очередь, с целью контроля качества проведенной дезинфекции и осуществления микробиологического мониторинга [3]. Согласно МУК 4.2.2942-11 «Методы санитарно-бактериологических исследований объектов окружающей среды, воздуха и контроля стерильности в лечебных организациях» [3] в отобранных смывах определяются следующие микроорганизмы: стафилококк, синегнойная палочка, бактерии группы кишечной палочки (БГКП), сальмонеллы. В то же время 58 респондентов (51,8%) при проведении производственного контроля ограничиваются определением в смывах только БГКП.

Контроль качества обработки изделий медицинского назначения является одним из приоритетных разделов программы производственного контроля лечебно-профилактической организации. Он осуществляется на этапах дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации.

Контроль качества дезинфекции изделий медицинского назначения заключается в соблюдении требований приготовления рабочих растворов дезинфектантов, индикации (при наличии экспресс-тестов) концентрации

раствора, соблюдении времени контакта раствора с изделиями медицинского назначения, сроков хранения рабочих растворов.

На этапе предстерилизации особое внимание уделяется качеству очистки. Для этого, не реже одного раза в день осуществляется постановка азопирамовой и (при необходимости) фенолфталеиновой проб [5]. Однако из 112 опрошенных 33 (29,5%) считают, что контроль качества предстерилизационной очистки должен осуществляться 1 раз в неделю, а 8 (7,1%) – 1 раз в месяц.

На вопрос, каким образом осуществляется оценка качества стерилизации, правильные ответы дали 32 респондента (28,6%). Наиболее распространенной ошибкой было исключение из производственного контроля бактериологических исследований: использование тестов бактериологического контроля режимов стерилизации и исследование изделий, прошедших стерилизацию, на стерильность.

Сложности вызвал вопрос, касающийся методов стерилизации изделий из пористых материалов. Только 13 опрошенных (11,6%) были осведомлены, что для эффективной стерилизации данных материалов в паровом стерилизаторе необходимо предварительное удаление воздуха из стерилизационной камеры с помощью вакуума.

Отдельную проблему представляет работа медицинского персонала при возникновении аварийных ситуаций, связанных с риском инфицирования гемоконтактными инфекциями (вирусными гепатитами В, С, ВИЧ-инфекцией).

На вопрос о необходимости официальной регистрации данных ситуаций правильно ответили только 72 чел. (64,3%). При этом 19 респондентов (17,0%) считают, что регистрировать данную ситуацию как аварийную и принимать профилактические меры необходимо только в случае, если пациент заведомо инфицирован одним из перечисленных возбудителей, а

21 (18,7%) – если пострадавший не привит против вирусного гепатита В. Противоречивые ответы были получены на вопрос, что входит в комплекс мер, предпринимаемых в случае возникновения аварийной ситуации. Сто процентов респондентов указали на необходимость обработки кожи и/или слизистой средствами, находящимися в специальной аварийной аптечке. Однако о необходимости приема антиретровирусных препаратов известно только 16 (14,3%) респондентам, обследования потенциального источника инфекции на маркеры ВИЧ и вирусных гепатитов В и С – 25 (22,3%), направления пострадавшего к инфекционисту – 33 (29,5%).

Таким образом, результаты анкетирования наглядно показали низкий уровень информированности медицинского персонала, ответственного за организацию и проведение производственного контроля в лечебно-профилактических организациях стоматологического профиля, что существенно повышает риск развития внутрибольничных инфекций как у пациентов, так и у персонала.

Основным направлением по повышению биологической безопасности человека в условиях современной лечебно-профилактической организации представляется повышение уровня профессиональных компетенций медицин-

ского персонала в части организации и проведения производственного контроля.

Литература

1. Козак В.С. Контроль сестринского персонала ЛПУ и его роль в улучшении качества медицинской помощи // Журнал «Главный врач», 2005. – № 1. – С. 65–86.
2. Лаптева Е.С., Цуцунава М.Р., Алешева Н.В. Инфекционный контроль в ЛПО: учебно-методическое пособие / Е.С. Лаптева, М.Р. Цуцунава, Н.В. Алешева. – СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2013. – 52 с.
3. МУК 4.2.2942-11 «Методы санитарно-бактериологических исследований объектов окружающей среды, воздуха и контроля стерильности в лечебных организациях».
4. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.2626-10 «Профилактика легионеллеза».
5. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».
6. СП 1.1.1058-01 «Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий».
7. Храпунова И.А. Производственный контроль в медицинских организациях и санитарно-эпидемиологическое сопровождение объекта // Журнал «Санэпидемконтроль», 2012. – № 6.
8. Храпунова И.А., Фокин С.Г., Хизгияев В.И. Производственный контроль в ЛПУ и его роль в профилактике внутрибольничных инфекций // Журнал «РЭТ-инфо», 2006. – № 4.

НОВОСТИ

ПОЧТИ 900 ДЕТЕЙ ОТРАВИЛИСЬ В ИНДИИ ЛЕКАРСТВОМ ОТ АНЕМИИ

Примерно 900 школьников из разных районов индийского штата Харьяна обратились за помощью к врачам после приема таблеток с фолиевой кислотой. Дети принимали лекарства в рамках государственной программы по борьбе с анемией.

На боли в животе, тошноту и рвоту пожаловались 879 детей. Прибывшие в учебные заведения врачи оказали им медицинскую помощь. Госпитализация отравившимся школьникам не понадобилась. Представители властей штата заявили, что выявленные у учащихся симптомы представляют собой редкие побочные эффекты от приема фолиевой кислоты. По их словам, всего в рамках государственной программы таблетки приняли около 1,6 млн детей.

<http://regions.ru>