

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИИ

Кундухова Э.Р.¹, Ремизов О.В.², Бутаев Т.М.², Дзугаева З.И.¹, Алагова А.Р.¹

¹ФГБУ Северо-Кавказский многопрофильный медицинский центр МЗ РФ, Беслан, e-mail: kellina@mail.ru;

²ГБОУ ВО Северо-Осетинская государственная академия МЗ России, Владикавказ, e-mail: sogma.rso@gmail.com

Эндоскопическая служба в Российской Федерации получила довольно широкое распространение, особенно за последние 10 лет. В данной отрасли накопилось много проблем и противоречий. Импортные оборудование, инструментарий и дезинфицирующие средства делают эндоскопию одной из самых дорогостоящих в здравоохранении. Организация эндоскопии основывается на давно устаревшем Приказе МЗ РФ №222 от 31.05.1996 г. Новые санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.3263-15 «Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических вмешательствах» диктуют пересмотр регламента работы эндоскопического отделения. Созрела острая необходимость разработки и внедрения нового «Порядка оказания эндоскопической помощи взрослому и детскому населению РФ», с учетом всех имеющихся противоречий. Крайне актуальна также программа импортозамещения в данной отрасли. Эндоскопия как отдельная специальность должна преподаваться в медицинских институтах.

Ключевые слова: организация, эндоскопия.

THE MAIN DIRECTIONS IN SOLVING THE PROBLEMS OF DEVELOPMENT OF ENDOSCOPY

Kundukhova E.R.¹, Remizov O.V.², Butaev T.M.², Dzugaeva Z.I.¹, Alagova A.R.¹

¹RNO-Alania, Beslan, FGBU SK MMC MZ RF, endoscopy department, e-mail: kellina@mail.ru

²North Ossetian State Medical Academy, Vladikavkaz, e-mail: sogma.rso@gmail.com

Endoscopic Service in the Russian Federation got quite a good spread, especially in the last 10 years. Still, we have a lot of problems and contradictions in this industry. Imported equipment, tools and disinfectants make endoscopy one of the most expensive health care services. Endoscopic organizational structure is based on an obsolete Order of the Ministry of Health of the Russian Federation № 222 from 31.05.1996. New sanitary-epidemiological rules 3.1.3263-15 SP "Prevention of Infectious Diseases in endoscopic interventions" dictate the revision of the regulations of the endoscopy department. Urgent need for the development and implementation of a new "Order of providing endoscopic help to adult and child population of the Russian Federation" grew up, considering all existing contradictions. Import substitution program in the industry is also relevant.

Keywords: organization, endoscopy.

Эндоскопическая служба в России начала зарождаться в 70-х годах 20 столетия [1]. На первых этапах она была представлена разрозненными диагностическими кабинетами на базе крупных медицинских клиник и научно-исследовательских центров. В те годы под эндоскопические кабинеты выделялись совершенно не приспособленные помещения, так как при проектировании зданий наличие последних не было предусмотрено. В большинстве ЛПУ и по сей день помещения эндоскопических кабинетов и отделений не соответствуют санитарно-эпидемиологическим нормам [13].

Кадровый потенциал эндоскопии изначально формировался совместителями, чаще из врачей хирургов и терапевтов [12, 14].

Первыми документами, регламентирующими работу нового направления в медицине, стали: приказ Минздрава СССР № 1164 от 10 декабря 1976 года «Об организации эндоскопических отделений (кабинетов) в лечебно-профилактических учреждениях» [5], приложения № 8, 9 к приказу Минздрава СССР № 590 от 25 апреля 1986 г. «О мерах по

дальнейшему улучшению профилактики, ранней диагностики и лечения злокачественных новообразований» [6] и приказ Минздрава СССР № 134 от 23 февраля 1988 г. «Об утверждении расчетных норм времени на эндоскопические исследования и лечебно-диагностические процедуры» [8]. Тогда мало кто отдавал себе отчет в том, что эти первые шаги в развитии эндоскопии повлекут за собой титанические сдвиги во всей медицинской отрасли.

С одной стороны, информативность визуального наблюдения, по мере накопления опыта, коренным образом меняла научные взгляды на этиологию, патогенез, патологическую анатомию заболеваний, что, в свою очередь, повлекло за собой полный пересмотр методологических аспектов диагностики и лечения большинства наиболее распространенных заболеваний. А с другой стороны, благодаря научно-техническому прогрессу в 90-х годах эндоскопия стала выходить из сферы диагностики и вытеснять традиционную хирургию, коренным образом меняя и совершенствуя саму технику хирургических вмешательств [1, 12, 14]. Как нам тогда казалось, в хирургии наметился новый раздел под названием «малоинвазивная хирургия». Сегодня с уверенностью можно констатировать факт, что тогда зарождалась целая эпоха новейшей хирургии под названием «эндоскопическая хирургия». Параллельно с практическим приоритетом расширялась и география. Эндоскопические методы диагностики и лечения все шире и шире распространялись в региональные лечебно-профилактические учреждения [1, 3, 12].

Стало приходить понимание, что эндоскопия – это самостоятельное направление в медицине, целесообразно организовывать отдельные эндоскопические отделения в лечебно-профилактических учреждениях, а врачей эндоскопистов готовить из хирургов [1, 12, 14]. Именно в это время поднимаются вопросы организации и регламента работы данной службы. Минздрав РФ 31.05.1996 г. издает приказ № 222 «О совершенствовании службы эндоскопии в учреждениях здравоохранения РФ» [9]. В приказе подчеркивается, что из-за недостатков организации работы существующих эндоскопических подразделений, медленного внедрения в практику новых форм управления и организации труда медицинского персонала, распыления специалистов, занятых в эндоскопии, между другими специализированными службами, отсутствия высокоэффективных эндоскопических диагностических и лечебных программ и алгоритмов, данное медицинское направление не получает должного развития. В приказе получили отражение положения о главном внештатном специалисте; об отделе, отделении, кабинете эндоскопии; о заведующем, враче эндоскописте, старшей медицинской сестре, медицинской сестре эндоскопического отделения. Также были внедрены расчетные нормы времени на эндоскопические исследования, лечебно-диагностические процедуры, операции; рекомендован примерный перечень минимального объема эндоскопических исследований для лечебно-

профилактических учреждений; утверждены методика расчета цен на эндоскопические исследования, первичная медицинская документация и обработка эндоскопов. В приказе была масса недостатков, тем не менее, на том этапе развития эндоскопии его издание обеспечивало дальнейший прогресс в развитии эндоскопии [2, 12, 14].

За прошедшие 20 лет эндоскопия претерпела просто революционные изменения и в качественном, и в количественном аспектах [1, 3, 12, 14]. Современные цифровые комплексы видеэндоскопов обеспечивают высокоточные изображения с различной степенью увеличения и цветовой гаммы. Появилась возможность проведения эндоскопической микроскопии. Эндоскопическая хирургия присутствует практически во всех отраслях медицины. Но остается и очень много нерешенных вопросов, которые, прямо или косвенно, тормозят развитие эндоскопии в нашей стране [1, 2, 3, 13, 14].

Первый открытый вопрос – это материально-техническое обеспечение и финансирование. К сожалению, годы перестройки нанесли огромный ущерб системе здравоохранения страны в целом и эндоскопии в частности. Предприятия, занимающиеся выпуском отечественных фиброволоконных эндоскопов, были разорены и ликвидированы, а зарубежные аналоги оказались непомерно дорогостоящими и в плане приобретения, и в плане эксплуатации и ремонта [3]. В связи с этим по сравнению с Западом, где доля современных цифровых эндоскопов составляет 96 %, в РФ она не превышает 39 %. В такой огромной стране, как Россия, насчитывается 31 237 единиц эндоскопической техники, из них 16 842 гастроскопов, 6 061 колоноскопов, 5 618 бронхоскопов, 2 531 дуоденоскопов и 185 ультразвуковых эндоскопов [3]. Основная их масса неоднократно подвергалась ремонту и давно является технически устаревшей. По данным МЗ РФ износ парка эндоскопов составляет 67 % [3]. Регламента на использование эндоскопической техники в нашей стране не существует [3, 13]. В последние годы благодаря ужесточению санитарных требований из практики стали изыматься старые модели «непогружных» эндоскопов. Но даже это сделано далеко не повсеместно. Монополия зарубежных производителей на ремонт эндоскопов позволяет в десятки, а то и в сотни раз превышать реальную стоимость устранения технических неисправностей [3]. До того момента, пока в стране не будет налажено отечественное производство эндоскопической техники, эти злоупотребления будут иметь место.

Такая же система монополии процветает и на рынке средств дезинфекции высокого уровня эндоскопов. При заключении контрактов на техническое обеспечение производители эндоскопов оставляют за собой право рекомендовать, а на самом деле диктовать пригодные для их аппаратов химические средства. Отечественных аналогов в этом списке, конечно же, нет. При несоблюдении рекомендаций производители снимают эндоскопы с гарантии [3, 13].

Еще одна непомерная часть расходов – это приобретение эндоскопических инструментов. По новым санитарным правилам СП 3.1.3263-15 [10] в эндоскопии, вне зависимости стерильное или нестерильное исследование, разрешены к применению только стерильные инструменты. Если же внимательно изучить каталоги эндоскопических инструментов к фиброволоконным аппаратам, то практически все они являются одноразовыми и последующей стерилизации не подлежат. Ни одно медицинское учреждение в России не может позволить себе такую роскошь. Чаще всего либо одноразовый инструмент используют как многоразовый и подвергают различным способам стерилизации, либо ограничиваются дезинфекцией высокого уровня, закрывая глаза на санитарные требования [13]. Положительная динамика в последние два года стала наблюдаться в импортозамещении, к сожалению, пока только отдельных видов эндоскопического инструментария. Но даже эти первые шаги очень обнадеживают.

Второй, остро стоящий вопрос в организации эндоскопии – это привлечение и подготовка кадров. В Российской Федерации около 6 тысяч врачей-эндоскопистов и столько же эндоскопических сестер. Новые требования при принятии на первичную специализацию по эндоскопии предусматривают наличие у специалиста сертификата по хирургии. Это вполне оправдано, так как даже самое технически элементарное эндоскопическое исследование сопровождается проникновением во внутренние органы пациента, несет в себе опасность повреждений органов и тканей, чревато развитием различных осложнений и, соответственно, должно приравниваться к уровню сложности и рисков хирургического вмешательства [2, 12]. За последние 15 лет прирост оперативной активности в эндоскопии составил более 400 %. Ни одно из направлений современной медицины не развивается так стремительно, как эндоскопия. Это один из главных путей модернизации здравоохранения в РФ [3]. Тем не менее до сих пор в большинстве медицинских вузов студентам не предусмотрен курс преподавания эндоскопии. Это огромный пробел на современном этапе развития медицины. Эндоскопия завоевала себе право преподавания ее отдельным курсом, наравне с рентгенологией, лучевой диагностикой и т.д.

Долгие годы оставался открытым вопрос оплаты труда врачей эндоскопистов и среднего медицинского персонала отделений эндоскопии и вопрос предоставления этой категории работников льготной пенсии. Большим недостатком до сих пор действующего приказа МЗ РФ №222 от 31.05.1996 г. [9] является отсутствие в нем четко прописанного положения, что эндоскопия является хирургическим профилем, врачи эндоскописты пользуются всеми льготами, как и врачи хирурги. Этот пробел повсеместно позволил работникам пенсионного фонда интерпретировать права эндоскопистов «на свое усмотрение». Плюс ко всему, масса организационных ошибок прошлых лет на местах,

допущенных главными врачами, не позволила воспользоваться льготной пенсией многих специалистов этой области. В судебной практике накопилось множество противоречий и разногласий по этим вопросам, которые также предстоит в дальнейшем учесть и предотвратить. Наиболее характерные организационные ошибки, не позволившие эндоскопическому персоналу воспользоваться льготной пенсией:

1. Согласно приказу МЗ РФ №222 от 31.05.1996 г. [9] кабинет или отделение эндоскопии является структурным подразделением лечебно-профилактического учреждения с непосредственным подчинением главному врачу или его заместителю по лечебной работе. Часто главные врачи клиник эндоскопическое подразделение относили к структуре поликлиники с непосредственным подчинением заместителю главного врача по поликлинике. С одной стороны, это создавало удобство для обследований амбулаторных больных, исключая их поток в стационар, а с другой стороны, лишало эндоскопистов статуса стационарного врача, что сказывалось на уровне заработной платы и давало повод к отказу в предоставлении льготной пенсии. Если смотреть шире, характер работы персонала эндоскопического отделения в поликлинике и в стационаре ничем не отличается, поэтому это никак не должно сказываться на предоставлении сотрудникам льготной пенсии.

2. Заведующие отделениями эндоскопии по приказу МЗ РФ №222 от 31.05.1996 г. [9] не являются освобожденными, обязаны производить то же количество манипуляций, что и врач ординатор. Тем не менее пенсионным фондом это не учитывается и заведующим отделений в предоставлении льготной пенсии отказывается.

3. Приказ МЗ РФ № 222 от 31.05.1996 г. [9] предусматривает ведение журнала регистрации эндоскопических манипуляций. При назначениях льготных пенсий эндоскопистам пенсионный фонд часто запрашивает так называемый операционный журнал, не предусмотренный в отделениях эндоскопии. Его отсутствие становится основанием для отказа в получении льготной пенсии эндоскопистам.

Возросли в последние годы и санитарно-эпидемиологические требования к работе эндоскопического подразделения в лечебно-профилактических учреждениях. Новые санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.3263-15 «Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических вмешательствах» [10] разграничили эндоскопические вмешательства на стерильные и нестерильные, в корне изменив требования к обработке эндоскопов, инструментов к ним, инвентаря и помещений. Сам процесс обработки, ведение множества дополнительной документации (до 7 журналов на один кабинет) требуют дополнительных временных затрат от среднего и младшего медицинского персонала, не предусмотренных приказом МЗ РФ № 222 от 31.05.1996 г. [9]. В связи с этим возникло множество противоречий в организационных вопросах работы эндоскопического отделения.

Перечислим некоторые из них.

1. Согласно СП 3.1.3263-15 [10], только сам процесс обработки одного эндоскопа, с учетом применения самых дорогостоящих и быстро действующих средств, занимает у медицинской сестры 47 минут, вместо 17 минут по приказу МЗ РФ № 222 от 31.05.1996 г. Это делает соблюдение старых нормативов времени работы эндоскопического отделения невозможным.

2. Все действия по обработке эндоскопов, инструментов, рабочего места, работе бактерицидных ламп, устройства подачи кислорода, проведения проб на качество очистки и т.д. медицинская сестра протоколирует в соответствующие журналы. Это также не предусмотрено приказом МЗ РФ №222 от 31.05.1996 г. [9] и заставляет тратить дополнительное время.

3. Универсальный перечень элементов труда по технологическим операциям, рекомендуемый при разработке расчетных норм времени врача эндоскописта, также расширился. Дополнительное время тратится на оформление договора оказания услуг и информированного согласия пациента, регистрацию данных в цифровом формате, печать фото и видеоизображений проведенного исследования.

В связи с вышеперечисленным, созрела острая необходимость пересмотра универсального перечня элементов труда в эндоскопии и расчетных норм времени. Это, несомненно, повысит качество оказания медицинской помощи по профилю эндоскопия.

Отдельным вопросом стоит организация и развитие в эндоскопических отделениях комбинированных видов исследований: рентген-эндоскопия, ультразвуковая эндоскопия, конфокальная эндоскопия и т.д., требующих дополнительных материальных ресурсов, привлечения и подготовки квалифицированного персонала, и опять же – увеличения временных затрат.

Все эти вопросы еще более болезненно стоят перед эндоскопией в педиатрии. Более тонкие детские эндоскопы отличаются, с одной стороны, дороговизной, с другой – повышенной ломкостью. Сами эндоскопические манипуляции у детей требуют анестезиологического пособия, что значительно влияет на увеличение их стоимости. Именно поэтому этот вид эндоскопии до сих пор не получил должного распространения. А ведь именно у детей чаще возникают экстренные ситуации, требующие эндоскопического вмешательства.

Из проведенного нами анализа можно выделить следующие основные направления в решении проблем дальнейшего развития эндоскопии:

1. *Усовершенствование нормативной базы в эндоскопии.* Приказ МЗ РФ от 31.05.1996 г. № 222 «О совершенствовании службы эндоскопии в учреждениях здравоохранения

Российской Федерации» давно устарел и не соответствует современным требованиям. Созрела острая необходимость разработки и внедрения нового «Порядка оказания эндоскопической помощи взрослому и детскому населению РФ», с учетом всех вышеперечисленных противоречий.

2. *Реализация программы импортозамещения в эндоскопии.* Создание отечественных комплексов эндоскопического оборудования с последующим сервисным обеспечением, многоразового эндоскопического инструментария, моющих и дезинфицирующих средств.

3. *Оптимизация кадровой политики.* Четкое определение эндоскопии как хирургической специальности, с оговоркой предоставления сотрудникам всех соответствующих льгот, в том числе, на основании ФЗ от 17 декабря 2001 г. № 173 (ред. от 31.12.02.) ст. 28 п. 11 «О трудовых пенсиях в РФ» [7] и постановления правительства РФ №781 от 29.10.02. [4]. Выделение эндоскопии, как отдельного направления, в курс преподавания студентам медицинских вузов.

Список литературы

1. Балалыкин А.С., Муцуров Х.С., Гвоздик В.В., Вербовский А.Н. История и клиническое значение внутрипросветной эндоскопии пищеварительного тракта // Российский медицинский журнал. – 2016. – Т.22, № 1. – С. 52-56.
2. Люцко В.В., Загретдинова З.М. Анализ нормативной базы, регламентирующей деятельность врача-эндоскописта // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2016. – № 2. – С.30-40.
3. Мыглан В.В. К вопросу о состоянии эндоскопии в Российской Федерации и предложения в сфере импортозамещения технологий // Экспертный союз. – 2015. – Спецвыпуск № 3. – С.36-37.
4. О списках работ, профессий, должностей, специальностей и учреждений, с учетом которых досрочно назначается трудовая пенсия по старости в соответствии со статьей 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации», и об утверждении правил исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в соответствии со статьей 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации»: постановление Правительства РФ от 29 октября 2002 г. № 781 // Информационно-правовой портал Гарант.Ру. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/185191/paragraph/10939:2> (дата обращения: 27.03.2017).
5. Об организации эндоскопических отделений (кабинетов) в лечебно-профилактических учреждениях: приказ Минздрава СССР от 10.12.1976 № 1164 //

Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://docs.cntd.ru/document/901852374> (дата обращения: 27.03.2017).

6. О мерах по дальнейшему улучшению профилактики, ранней диагностики и лечения злокачественных новообразований: приложения № 8, 9 к приказу Минздрава СССР от 25.04.1986 № 590 // Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://docs.cntd.ru/document/420250534> (дата обращения: 27.03.2017).

7. О трудовых пенсиях в РФ: Федеральный закон от 17.12.2001 (ред. от 31.12.02.) №173 г. ст. 28 п. 11. Информационно-правовой портал Гарант.Ру. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://base.garant.ru/12125146/> (дата обращения 27.03.2017).

8. Об утверждении расчетных норм времени на эндоскопические исследования и лечебно-диагностические процедуры: приказ Минздрава СССР от 23.02.1988 № 134 // Медицинский портал. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://rudocor.net/medicine2009/bz-dv/med-eqhux.htm> (дата обращения: 27.03.2017).

9. О совершенствовании службы эндоскопии в учреждениях здравоохранения Российской Федерации: приказ Минздравмедпрома РФ от 31.05.1996 (ред. от 16.06.1997) № 222 // Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://docs.cntd.ru/document/9025682> (дата обращения: 27.03.2017).

10. Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических вмешательствах: СП 3.1.3263-15. Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://docs.cntd.ru/document/420283545> (дата обращения: 27.03.2017).

11. Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность: СанПиН 2.1.3.2630-10. Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://docs.cntd.ru/document/902217205> (дата обращения: 27.03.2017).

12. Скворцов М.Б., Брегель А.И., Трухан Р.Г. Эндоскопическая служба в Иркутске: развитие, проблемы и перспективы // Сибирский медицинский журнал. – 2004. – Т.45. – № 4. – С. 97-103.

13. Субботин А.М. Нерешенные проблемы соблюдения эпидемиологической безопасности при обработке гибких эндоскопов. Взгляд с позиции эндоскописта // Журнал «Главная медицинская сестра». – 2014. – № 5. – С.69-76.

14. Яковлева З.А., Кларов А.П., Савина Н.В. Проблемы совершенствования организации эндоскопической службы в Республике Саха (Якутия) // Сборник научных трудов V

Конгресса «Экология и здоровье человека на Севере». – 2014. – С.815-821.