



Эндоскопические методики – прорывные технологии современности

На вопросы корреспондента Hi+Med, касающиеся оснащения российских ЛПУ эндоскопическим оборудованием, отвечает директор больницы Центросоюза РФ, президент Российского общества эндоскопических хирургов (РОЭХ), завкафедрой эндоскопической хирургии ФПДО ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор Сергей Иванович Емельянов.

– В достаточной ли мере медорганизации в РФ оснащены эндоскопическим оборудованием?

– За последние два года в крупных городах нашей страны (Москва, Санкт-Петербург, Екатеринбург, Ростов и т.д.) государством проделана большая работа по оснащению лечебных учреждений. Важно, что в первую очередь в рамках модернизации в полной мере это коснулось поликлиник. В результате создана мощная диагностическая база, включающая оборудование для эндоскопии, лучевой диагностики, УЗИ, МРТ и т.п. Также в процессе модернизации улучшилось оснащение больниц: например, было закуплено высокотехнологичное эндохирургическое оборудование, используемое в операционных. На сегодняшний день требования к его функциональным возможностям и качеству очень высоки. Сейчас в Москве проводится политика по уменьшению общего коечного фонда и более качественному оснащению оставшегося. В этом большая заслуга главного хирурга Департамента здравоохранения г. Москвы, академика Александра Сергеевича Ермолова.

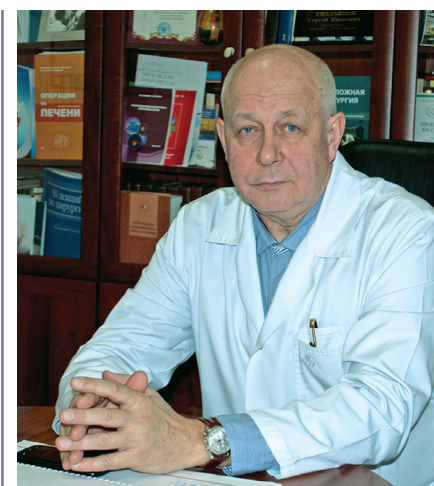
Оснащение проводилось в разное время разными поставщиками. Шесть – семь лет назад по инициативе РАСХИ и по решению главного хирурга Минздрава РФ академика Виктора Сергеевича Савельева был принят технический регламент, в котором указан обязательный

перечень оборудования, необходимого для выполнения эндохирургических вмешательств (монитор, определенный набор инструментов, инфлятор, коагулятор и т.д.). В основном оснащение столичных ЛПУ уже закончено. Но открытым остается вопрос повышения квалификации хирургов – ведь необходимо, чтобы специалисты во время проведения операций могли эффективно использовать весь арсенал имеющегося в их распоряжении оборудования и инструментария.

– Получается, что обучение не поспевает за оснащением?

– Компании – мировые лидеры по выпуску оборудования и инструментов все время дают нам повод для размышления: постоянно вводятся инновационные методики, нередко предполагающие использование новых приборов и инструментария. Поэтому усовершенствование специалистов в Москве сейчас организовано в соответствии с европейскими принципами, врачи также направляются на стажировку в Европу. Программа принята сравнительно недавно, поэтому ее эффективность мы сможем оценить через некоторое время.

Большая нагрузка по переподготовке специалистов легла на все факультеты РМАПО. Усовершенствование периодически проходят врачи, у которых имеется сертификат по специальности «Эндоскопия».



Если, допустим, эндоскопистом хочет стать терапевт, то сначала он должен пройти первичную специализацию по этой специальности (6 месяцев).

– Какие эндоскопические методы диагностики и лечения сейчас наиболее востребованы?

– В настоящее время мы работаем в соответствии с медико-экономическими стандартами оказания помощи, которые разделяются на диагностические и лечебные. Из эндоскопических методов диагностики наиболее востребованы гастроскопия, гистроскопия, колоноскопия, кольпоскопия. Из лечебных методик в РФ очень широко начинают применяться артроскопия.

При лечении бедренных и паховых грыж открытые операции сейчас практически вытеснены лапароско-

пическими методиками, дающими меньше рецидивов. При этом используются специальные сетчатые имплантаты. При послеоперационных грыжах опыт выполнения лапароскопической герниорафии чуть меньше. В рамках РОХ создано Российское общество герниологов, которое объединяет специалистов в этой области.

– Применяются ли эндоскопические методики при лечении онкопатологии?

– В онкологии лечение складывается из трех составляющих: химиотерапии, хирургического вмешательства и лучевой терапии. Самое важное – выявить стадию заболевания. Только консилиум врачей-онкологов определяет необходимость применения либо всех трех подходов, либо какого-то одного. Чаще всего это хирургическая составляющая. Нашими коллегами в Европе, США, Японии накоплен опыт использования при оперативных вмешательствах эндовидеохирургических методик (вместо открытых операций). Хотя и у них, и у наших экспертов к данному подходу отношение неоднозначное. В России все онкологические центры разрабатывают эту проблему. Обширный материал по поводу использования технологий при злокачественных новообразованиях поджелудочной железы накоплен в НИИ гастроэнтерологии (Москва) профессором Игорем Евгеньевичем Хатьковым. Большой опыт проведения лапароскопических операций при онкопатологии имеется в Научном центре колопроктологии (Москва), НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова (Санкт-Петербург). Но главный онколог Минздрава академик Михаил Иванович Давыдов относится к такой практике довольно сдержанно. Ни в коем разе нельзя считать, что онкологическое заболевание можно вылечить лишь с помощью эндовидеохирургии. Хорошего эффекта можно добиться, применяя комплексное лечение.

– Имеется ли в арсенале российских эндоскопистов современное оборудование отечественных производителей?

– Да. Например, Российская корпорация «Эндоскопическое оборудование» достаточно хорошо изготавливает инструментарий: зажимы, ножницы, диссекторы, троакары, эндоскопы, камеры. Она существует с 1996 г. и выполняет соответствующий контроль качества производимых инструментов. Корпорация объединяет большое количество российских компаний (Казань, Санкт-Петербург, Москва, Воронеж). Правда, отечественные производители пока не могут делать УЗ-ножницы так, чтобы они были абсолютно сопоставимы с зарубежными аналогами. Не производятся и отечественные сшивающие аппараты для эндохирургических вмешательств. Не выпускается инструментарий диаметром 2,8–2,6 мм. Также есть отставание в производстве оборудования для урологии, оториноларингологии. В большей степени российскими производителями удовлетворены потребности в области общей хирургии: выпускается оборудование для выполнения наиболее распространенных операций (удаление желчного пузыря, аппендэктомии, операции по ликвидации грыж, ушивание прободной язвы желудка), а также для проведения определенных этапов диагностических исследований.

Совместный анализ, который был проведен 5 лет назад нами и экспертами Российской корпорации «Эндоскопическое оборудование» показал, что на тот период времени отечественными производителями были удовлетворены порядка 60% от всех потребностей общехирургических и гинекологических стационаров в эндохирургическом оборудовании и инструментарии.

Сейчас российские компании активно взаимодействуют с зарубежными партнерами, какие-то комплектующие покупают у ино-

странных фирм. Надеюсь, в результате этого со временем качество производимой в РФ эндоскопической техники станет выше.

Пока на примере нашей больницы могу сказать, что у нас в основном задействовано оборудование японских производителей. Хотя практика отдельно взятой больницы не является показательной, но в России в целом чаще специалисты пользуются гибкими эндоскопами японских компаний, в меньшей степени – корейских.

– Оснащены ли все ЛПУ, где есть эндоскопическое оборудование, специальными стерилизационными системами?

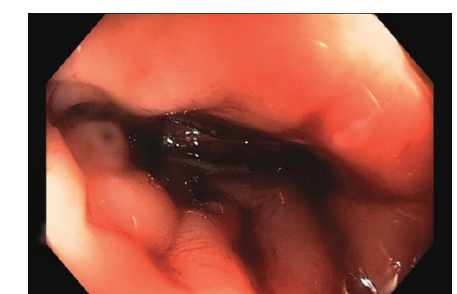
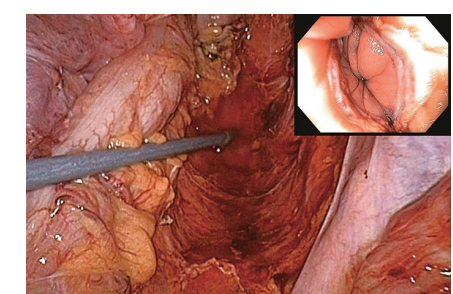
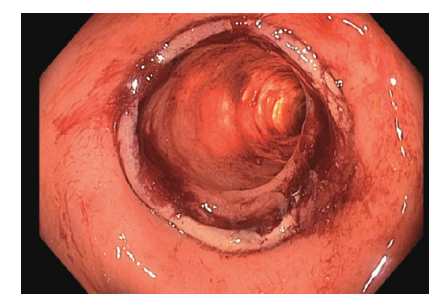
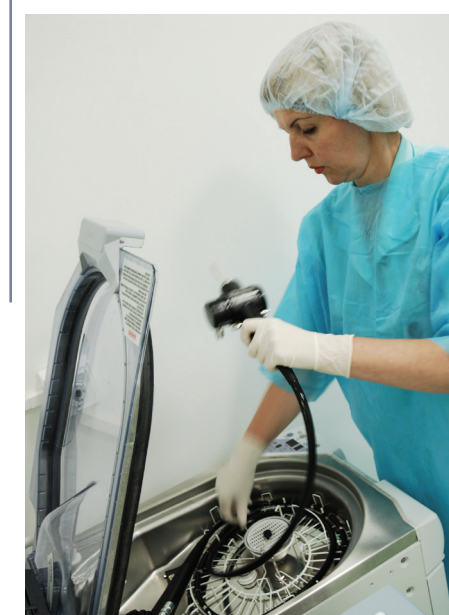
– Если обратиться к мировому опыту, то за рубежом этот вопрос решается двумя способами. Первый – заменить многоразовые инструменты одноразовыми, таким образом полностью обезопасив человека от инфицирования. Практически все зарубежные компании выпускают одноразовый инструментарий, но это приводит к резкому удорожанию методики. В результате это направление, которое активно развивалось в середине 90-х годов, не прижилось. Фирмы-производители не сумели удешевить эндоскопическую технику так, чтобы ее, как перчатки, можно было менять после каждой операции.

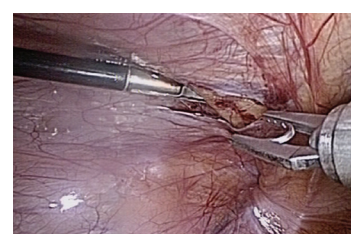
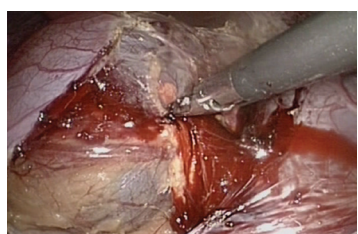
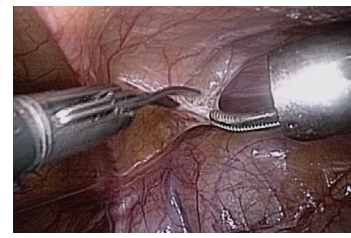
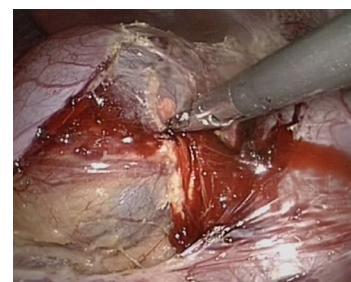
Поэтому стало развиваться второе направление. В инструментах для эндохирургии очень много деталей и зон, которые сложно обработать. Среднему медицинскому персоналу нужно потратить для этого много времени. И качественно это сделать вручную практически невозможно. Крупными фирмами-производителями создано специальное стерилизационное оборудование (ультразвуковые мойки, шкафы для стерилизации), где инструменты могут обеззараживаться. Процесс этот очень длительный. Но, к сожалению, о массовой программе оснащения российских больниц эндоскопическим оборудованием,

хирургическим инструментарием говорить пока рано. Работа в этом направлении ведется. На все наши предложения по этому поводу организаторы здравоохранения говорят, что им по плану сначала нужно модернизировать парк эндоскопической техники, а затем закупать стерилизационное оборудование.

– Предлагают ли зарубежные производители программы по сервисному обслуживанию реализованной техники?

– Постпродажное сервисное обслуживание аппаратуры – основное условие при проведении всех государственных закупок оборудования для муниципальных ЛПУ. Если оно в дальнейшем по каким-то причинам не может быть осуществлено, фирмы не допускаются до тендера. Японские производители, безусловно, на нашем рынке являются лидерами, как и на мировом. Они производят очень качественные и дорогостоящее оборудование. И государство идет на большие траты, осуществляя закупку необходимой техники, прежде всего в амбулаторно-поликлиническую сеть. Это еще раз подчеркивает, что в стране взят приоритетный курс на профилактическую медицину:





акцент делается на предупреждение заболевания, его раннюю диагностику. В то время как американское здравоохранение стоит на других позициях – там упор делается на эффективную терапию заболеваний. Но лечение заболевания в поздней стадии становится более сложным и дорогостоящим. Если же в приоритете профилактическая медицина (общие оздоровительные мероприятия, физическая культура, вообще культура поведения, диспансеризация), тогда есть гораздо больше шансов добиться успеха в лечении начальной формы заболевания, на ранней его стадии.

– Какие образовательные программы проводятся компаниями – производителями эндоскопического оборудования?

– В России легитимными являются только образовательные программы, утвержденные государством. Их имеют все факультеты и академии постдипломного образования. Обучение по такому принципу дает врачу право заниматься практической деятельностью. За последние годы сложилась практика, когда крупные немецкие и японские фирмы – производители эндоскопического оборудования обеспечивают не только сервисную службу, но и активно включают в университетские образовательные программы своих представителей или ведущих специалистов. Отдельно программы компаний сегодня нашим государством не принимаются.

За последние два года практически все крупные медицинские университеты создали у себя симуляционные центры (во Владивостоке, Хабаровске, Екатеринбурге, Ростове-на-Дону, Перми, Санкт-Петербурге, Москве и т.д.). Вопрос о том, что они необходимы, не обсуждается. Исследования, проведенные психологами, доказали, что концентрация внимания, усвояемость знаний, при-

обретение мануальных навыков на виртуальном тренажере оказались самыми высокими. Наши коллеги в Европе, Северной Америке, странах Индокитая давно ввели такие формы обучения на симуляторах. На сегодня эти программы доведены до такого совершенства, что достигнут практически полный эффект участия специалиста в самой операции. Ассоциации симуляционной медицины существуют не только в хирургии, но и в интервенционной кардиологии, а также других специальностях. Это революционный прорыв в плане обучения не только врачей, но и студентов.

– Какова структура сети образовательных центров компании Olympus?

– Первый центр по обучению эндовидеохирургическим технологиям в гинекологии, артроскопии, абдоминальной хирургии был создан совместно с медуниверситетом и Департаментом здравоохранения г. Санкт-Петербурга (как я уже говорил, все свои образовательные программы компании-производители проводят в рамках университетского образования). Сегодня там обучаются врачи трех специальностей. В 2014 году будет 10-летний юбилей этого центра – фирма Olympus впервые вышла с этой инициативой в 2004 году.



Пять лет назад совместно с кафедрой МГМСУ и Департаментом здравоохранения г. Москвы на базе нашей больницы компанией Olympus был также создан образовательный центр, который осуществляет учебно-методическую работу совместно с коллегами из Санкт-Петербурга. Аналогичные центры также были открыты в Екатеринбурге и Нижнем Новгороде. Всего в России их сейчас четыре.

Сотрудники Olympus заключают договор с руководством университетских факультетов постдипломного образования врачей, поставляют необходимое оборудование, тренажеры для обучения. Обязательно выделяется один день, когда представитель компании сам рассказывает о производимой технике. Раз в год Olympus проводит интернет-конференции между всеми своими центрами. При этом в режиме реального времени осуществляется та самая «живая хирургия». В 2013 году такой семинар проводился на базе нашего центра, в прошлом году – в Екатеринбурге.

С участием Olympus также проводятся мастер-классы в рамках РОЭХ, когда приглашаются специалисты из Европы, Японии в Санкт-Петербург, Москву, Нижний Новгород или Екатеринбург.

Здесь важен принцип обучения,

передачи информации от наших коллег из Европы. Через эти учебные центры имеется возможность ее донести до факультетов постдипломного образования, которые являются носителями технологий обучения. Чтобы это поставить на поток, нужно приобрести аппарат, соответствующий инструментарий, научиться всем этим пользоваться, знать обо всех ошибках, опасностях и осложнениях.

– Какие еще формы обмена опытом сейчас наиболее востребованы?

– За последние пять лет мы уже отошли от практики приглашать специалистов для выполнения каких-либо показательных операций. Сегодня мы активно сотрудничаем с Европейской ассоциацией эндоскопических хирургов (EAES), которая предоставляет нам возможность обмениваться опытом с сертифицированными специалистами экспертного класса, являющимися в основном носителями авторских инновационных методик. В основном это методическая работа: чтение тематических лекций, комментарии к видеofilmам и т.п.

Сложные операции с помощью эндоскопической техники в российских ЛПУ проводятся на европейском уровне. Практически в каждом городе при университетах есть кафедры, специалисты, имеющие опыт выполнения самых сложных операций (на печени, поджелудочной железе). Сейчас нет таких оперативных вмешательств, которые бы не могли сделать в России. Специалисты из РФ также выезжают в Казахстан, Узбекистан, Украину для выполнения показательных операций, транслируют свой опыт коллегам.

В рамках большой государственной программы информатизации здравоохранения в РФ, которая также вошла в курс преподавания на всех столичных факультетах постдипломного образования, сейчас бурно развивается телемедицина. В работе кафедр телемедицины задействованы и врачи-специалисты (хирурги, травматологи, гинекологи и т.д.). Выполняются показательные операции, которые сопровождаются лекциями, комментариями, и это все транслируется в другие города, регионы, страны. В этом году, напри-



мер, специалисты в области эндоскопии из Санкт-Петербурга проводят такую программу обучения для молдавских коллег.

Для этого нужны оснащенные высокотехнологичной компьютерной техникой, или интегрированные операционные. На сегодняшний день их по всей России более 100. Необходимые программы русифицированы. Очень важно понимать, что мало использовать только аппаратно-инструментальное оснащение – необходимо еще к этому подключить компьютерные технологии.

В рамках программы «Виртуальный госпиталь» хирурги могут выйти через Интернет в информационное пространство во время операции и обратиться с вопросом по поводу тактики в каком-то конкретном случае, получить компетентный ответ эксперта, который видит происходящее на экране своего монитора. Эксперты заблаговременно дают согласие принять участие в этой программе и в определенное время доступны в Сети. Такие мастер-классы «живой хирургии» проводятся и в России. Мы поддерживаем взаимотношения с экспертами EAES. По моим данным, порядка 150 российских хирургов являются членами этой ассоциации, принимая активное участие в ее ежегодных съездах. Профессора из РФ также входят в правление и экспертный совет EAES.

Для того чтобы повышать свой



профессиональный уровень, помимо практики нужно много читать, смотреть видеоматериалы, принимать участие в научных конференциях. У РОЭХ есть своя программа проведения выездных мероприятий, поездок. Российское общество хирургов (РОХ) как единственная независимая общественная организация, которая представляет нашу страну на международном уровне и объединяет в себя отдельных узких специалистов, первым в РФ организовало систему оценки профессиональной активности врача, когда ему за участие в конференции, съезде, семинаре присуждаются баллы. Затем они суммируются и по этому можно судить, насколько интенсивно в течение года практикующий врач занимался самообразованием. Это в большей степени

касается регионов. Хотя многие специалисты в крупных городах считают себя самодостаточными и не настроены посещать тематические конференции. По статистике, наибольшую активность на форумах и семинарах проявляют выпускники медицинских вузов и молодые врачи в первые 5-6 лет после окончания университетов.

Сейчас с помощью Интернета можно освоить обучающие программы дистанционно, изучать визуальные пособия, получать комментарии коллег по интересующим практическим вопросам.

– Каким будет следующий шаг в развитии медицинских технологий?

– На мой взгляд, это – использование в операционных мобильных

лучевых систем (переносные КТ) и роботическая хирургия. Правда, есть опасность, что производители высокотехнологичного оборудования могут навязывать его врачам и увести их в сторону от научного поиска, выбора новых методов лечения. Я считаю, что это коснулось роботических систем. Их сейчас на мировом рынке практически нет, так как эта область монополизирована компанией – производителем систем, которые облегчают дистанционное манипулирование («Да Винчи»). А нам очень нужны инновационные нанотехнологические роботические системы, работающие самостоятельно по созданной врачом программе и представленные моделями очень небольшого размера, которые могут самостоятельно перемещаться и в брюшной полости, и в других полостях человеческого организма. Ими можно манипулировать с помощью компьютерной программы на расстоянии. Уже сейчас созданы такие устройства, когда в брюшную полость вводятся небольшие детали, а потом с помощью самостоятельной энергетической системы собираются в некий крохотный трансформер. Он может перемещаться по брюшной полости и осуществлять забор ткани, введение лекарства, осмотр полости. Это направление медицины, по моему мнению, будет в ближайшие годы самым перспективным.

OLYMPUS

Your Vision, Our Future

THUNDERBEAT

Впервые в мире одновременная подача к тканям биполярной и ультразвуковой энергии

- Надежный гемостаз сосудов до 7 мм
- Минимальный риск термического повреждения
- Максимальная скорость лигирования и резекции
- Уменьшение паро- и дымообразования улучшает качество визуализации
- Точная диссекция благодаря конструкции бранш

NEW

ОБЛАСТИ ПРИМЕНЕНИЯ:
открытые и лапароскопические вмешательства в хирургии, гинекологии, урологии, бариатрической хирургии, колопроктологии и в хирургии щитовидной железы

107023, Москва
ул. Электровзводская, д. 27, стр. 8
Тел.: +7(495) 735-45-78, 730-21-57
www.olympus.com.ru