

## «Перспективы развития эндоскопии заключаются в ее широком внедрении в клиническую практику, модернизации существующих и открытии новых отделений, оснащенных передовой техникой»

*Королёв Михаил Павлович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии с курсом эндоскопии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России.*

*Председатель Российского эндоскопического общества, Санкт-Петербургского отделения Российского общества хирургов, почетный председатель Пироговского общества.*

*Автор свыше 240 научных работ, 6 монографий, обладатель 4 патентов. Под его руководством подготовлены и защищены более 40 докторских и кандидатских диссертаций.*

*Заслуженный деятель науки и техники Российской Федерации.*



— **Глубокоуважаемый Михаил Павлович, расскажите, пожалуйста, о плюсах эндоскопии как метода диагностики и лечения, о перспективах ее развития.**

— В 2016 году эндоскопии в России официально исполнилось 40 лет. Первый приказ Минздрава СССР об организации эндоскопических отделений в лечебно-профилактических учреждениях вышел 10 декабря 1976 года. Я стал свидетелем развития этой новой специальности, при мне она выросла в ведущую дисциплину, ставшую одним из «локомотивов» в медицине. Сейчас трудно представить лечение и диагностику многих заболеваний без эндоскопии, торакоскопии, лапароскопии, медиастиноскопии, артроскопии.

Сегодня в ведущих российских и мировых клиниках, в том числе в Мариинской больнице Санкт-Петербурга, 80% операций — малоинвазивные. Необходимо стремиться к тому, чтобы было как можно меньше открытых операций. Любая малоинвазивная технология очень выгодна государству, поскольку экономит огромное количество средств. Проведение операции эндоскопическим способом на 40% дешевле открытого хирургического вмешательства. После любой открытой операции пациент две недели находится

в больнице, месяц — на больничном. А после эндоскопической операции он проводит в больнице несколько дней и после выписки сразу может вернуться к привычной жизни.

Перспективы развития эндоскопии заключаются в ее широком внедрении в клиническую практику, модернизации существующих и открытии новых отделений, оснащенных передовой техникой.

Отмечу, что еще 20 лет назад эндоскопия была исключительно диагностической процедурой. В последние годы благодаря новым опциям в эндоскопах (ZOOM, NBI, Dual Focus) стало возможно диагностировать, например рак, на ранней стадии. Сегодня эндоскопия позволяет выполнять большое количество хирургических вмешательств: практически все операции на пищеводе, подавляющее большинство операций на желудке, тонкой и толстой кишке.

При желчнокаменной болезни, желудочно-кишечных кровотечениях, заболеваниях поджелудочной железы, при которых ранее проводили тяжелые открытые операции, сейчас применяют эндоскопический метод. Однако в случаях запущенного заболевания или тяжелых травм проводятся открытые операции.

— **Скрининг уже стал стандартной процедурой в России?**

— До сегодняшнего дня нет государственной программы скрининга ни колоректального рака, ни рака пищевода, ни рака желудка. Хотя есть все, чтобы проводить его: аппаратура, обученные специалисты и схема, разработанная совместно с академиком РАН В. Т. Ивашкиным. Понятно, что не каждый доктор может выполнять скрининг, это должен быть врач высшей квалификации, и в регионах такие специалисты уже есть. Врачи-эндоскописты вместе с гастроэнтерологами готовы проводить скрининг и активно борются за то, чтобы такая программа появилась, но, на мой взгляд, необходимо активнее говорить о данной проблеме и добиваться ее решения. Российское эндоскопическое общество делает все для этого, организует конференции в различных регионах России. Их основная цель — научить врачей проводить скрининг.

— **Расскажите, пожалуйста, об инновационных технологиях в эндоскопии.**

— Сегодня эндоскопия интенсивно развивается: появляются современные эндоскопы, которые позволяют разложить свет на составляющие; NBI,

увеличение изображения в 550 раз, при котором можно выполнять цифровую биопсию; NBI, дающий возможность видеть сеть кровеносных сосудов. Использование NBI и Dual Focus примерно на 86% сокращает число биопсий при динамическом наблюдении за больными с пищеводом Барретта. Чтобы использовать подобную технику, врач-эндоскопист должен обладать очень высоким уровнем знаний, знать и понимать морфологию заболеваний, быть и клиницистом, и эндоскопистом.

**— Каково оснащение эндоскопической техникой российских больниц?**

— В оснащении больниц в регионах передовой техникой мы значительно отстаем, а в уровне подготовки врачей не уступаем западным коллегам.

Российским эндоскопическим обществом было проведено анкетирование, которое показало, что сейчас в больницах России около 35 тысяч эндоскопов различных марок и моделей. Из них современные цифровые составляют 53%, остальные — оптоволоконные. При этом ведущие клиники в Москве, Санкт-Петербурге, Новосибирске оснащены самой передовой техникой, а в регионах, районных больницах 70% оборудования составляет устаревшая техника. Поэтому перед Министерством здравоохранения РФ стоит серьезная задача — заменить в региональных лечебных учреждениях волоконные эндоскопы на цифровые с учетом того, что техника должна выполнять две основные задачи: экстренную эндоскопию и раннюю диагностику. Для этого нужны надежные недорогие цифровые эндоскопы, на которых качество получаемых результатов выше, контроль фиксации данных проще, чем у оптоволоконных.

**— Как развивается отечественное производство оборудования для мойки эндоскопов?**

— До последнего времени Россия не производила мощные машины. В 2015 году по инициативе Минпромторга России были проведены научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы, и сегодня создана отечественная машина, которая прошла клинические испытания и находится на стадии регистрации. Машина достойная, современная, оборудована компьютером, через 25 минут мойки эндоскоп стерильный. Тем самым исключен человеческий фактор, соблюдается инфекционная безопасность.

**— Расскажите, пожалуйста, о задачах, стоящих перед Российским эндоскопическим обществом, о его значении в развитии современной эндоскопии в России.**

— Первая задача общества — изменить отношение к эндоскопии в России. Ведь за этой технологией будущее. Многие врачи, особенно в регионах, не до конца понимают возможности и преимущества эндоскопического метода лечения. А ведь они очевидны, прежде всего в диагностике раннего рака пищевода, желудка, толстой кишки. Пятилетняя выживаемость при раннем эндоскопическом удалении опухоли — 95%, а если рак проявил себя клинически, то всего 15–17%. Необходимо объяснять врачам первичного звена, какие существуют показания для эндоскопии. Диагноз должен ставиться не только на основании жалоб больного, но и с использованием объективных данных после эндоскопии, рентгена, сбора анализов. Для того чтобы диагностировать гастрит при жалобах на боли в желудке, нужно провести эндоскопию, чтобы верифицировать диагноз, и только потом назначать подходящее лечение.

Вторая задача — оснащение региональных лечебных учреждений современной, надежной и недорогой цифровой эндоскопической техникой. Ведь по статистике в больницах центральных регионов России лишь 23% кровотечений из желудочно-кишечного тракта останавливаются эндоскопически, а в Санкт-Петербурге — 90%.

Третья немаловажная задача — подготовка кадров. Общество ежегодно проводит всероссийские конференции и выездные региональные пленумы не только для врачей-эндоскопистов, но и для хирургов, гастроэнтерологов, онкологов. Им необходимо понимать современные возможности эндоскопии. Кроме того, мы издаем журнал, наши специалисты переводят большое количество специальной медицинской литературы.

Четвертая наша задача — взаимодействие с подобными нам международными организациями. По договоренности с Японским и Европейским эндоскопическими обществами, благодаря выделенным грантам, мы отправляем на обучение молодых врачей — членов Российского эндоскопического общества и работающих в государственных учреждениях, так как после прохождения обучения за рубежом они

обязаны вернуться и передать коллегам полученные знания.

Российское эндоскопическое общество совместно с Министерством здравоохранения РФ работает над изменениями в приказе, регламентирующими квалификационные требования к специалистам-эндоскопистам, в том числе к среднему медицинскому персоналу эндоскопических отделений. Так как специальность сложная, высокотехнологичная, скрупулезная работа по формированию документа ведется уже 6 лет.

**— Не секрет, что многие пациенты боятся эндоскопии. Появились ли какие-нибудь технологические усовершенствования, облегчающие и ускоряющие процедуру?**

— Конечно, появились. Например, колоноскопы Olympus серии EXERA III сочетают в себе функции пассивно-изгибаемой части, точной передачи усилия и переменной жесткости, что облегчает введение эндоскопа, и пациент испытывает меньше болевых ощущений во время колоноскопии. Или, например, вращение рабочей части эндоскопа на 120° с помощью поворота кольца на рукоятки управления бронхоскопов сильно упрощает процедуру бронхоскопии. Эндоскопы компании Olympus отличаются превосходным качеством изображения и инновациями: ZOOM, NBI, Dual Focus, качество изображения HDTV, удобный one touch connector и другие функции значительно облегчают работу эндоскописта и делают процедуру более комфортной для пациента. Сама история развития эндоскопии в России тесно связана с компанией Olympus — 40 лет совместного сотрудничества.

**— Что бы Вы пожелали своим коллегам — молодым специалистам?**

— Врачу следует постоянно получать информацию о новых направлениях медицины, технологиях, методах диагностики, способах лечения. И сегодня для этого есть все возможности, нужно только одно — желание. Поэтому необходимо учиться, учиться и еще раз учиться, оставаться врачом и не забывать о деонтологии — уметь общаться с коллегами, пациентами, родственниками. Мои учителя говорили: «Если больному после беседы с доктором не стало легче, то доктор не очень хороший».

Специально для *Доктор.Ру*  
Прохорова Д.