

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ПРОФИЛЬНОЙ КОМИССИИ ПО ЭНДСКОПИИ ОТ 12.12.2019

Главный хирург и эндоскопист РФ, председатель Профильной комиссии по Эндоскопии, академик, Ревешвили А.Ш.: приветствую вас на 6 фестивале по эндоскопии. Такова уж новая система образования и подготовки специалистов. Кстати, это касается и нашей сегодняшней встречи Профильной комиссии по Эндоскопии, которую мы проводим пока отдельно, не с главными хирургами страны. С ними мы встречаемся 14 декабря, то есть в субботу 12:20. Хирурги со всех регионов России будут с нами, будем обсуждать вопросы образовательного стандарта хирурга, но в принципе вопросы одинаковые, абсолютно актуальные. По заседанию Профильной комиссии направляется сначала проект, а заключение окончательное дает Минздрав. Мы потом сможем смотреть за реализацией наших пожеланий. Профильная комиссия по Эндоскопии имеет принципиальное значение, потому что она принимает решения, которые в дальнейшем могут быть реализованы в наших органах управления, Министерстве здравоохранения и так далее. Я хочу представить наш президиум: я сам Амиран Шотаевич Ревешвили, внештатный главный хирург России и, по совместительству, теперь эндоскопист. Идея в том что количество главных специалистов у нас около 100, для того чтобы не увеличивать ещё на одного человека, Вероника Игоревна (Скворцова) попросила меня, чтобы я курировал направление. Реально всеми этими вопросами стратегически занимается Юрий Геннадьевич Старков, мой заместитель по Профильной комиссии, Евгений Владимирович Оловянный, ну и, конечно, Королёв (Михаил Павлович), как президент Общества. Так что тут комбинация корреляции работы между Обществом по эндоскопии, национальным центром и нашей Профильной комиссией. Абсолютно ясно, что каждый имеет право голоса при принятии решений. Я хотел бы спросить, кто из территорий присутствует? Кто является главным эндоскопистом, поднимите руку пожалуйста. Так, регистрацию прошли 38 человек, 38 регионов из 85, это даже не половина. Если мы будем голосовать, то у нас не будет консенсуса, так понимаю? Если будут какие-то вопросы, то, уважаемые коллеги, в этом году есть такая книга, если что, я показываю из президиума, называется она «Хирургическая помощь в Российской Федерации» - информационно-аналитический сборник, который публикует наш Центр. В этом году собрана информация с 84 регионов, которые подали информацию. Информация обобщена в этом большом итоговом формате, также вот здесь есть страница, на которой мы ответили на все ваши вопросы. Мы получаем довольно полную информацию, но информация должна быть объективная, начиная с сотрудников больницы, поликлиники, амбулатории, с вопросами организации первичного звена, и относительно переоснащения. Ближайшие полгода, в июле 2020 года все регионы должны подать информацию о состоянии районных больниц, центральных районных поликлиник на территориях. Уже 3102 учреждения были проанализированы, буквально в оперативном порядке, но информации мало, особенно касательно «эндоскопии». Во-первых, мало мы знаем о штатном расписании, состоянии и порядке работы эндоскопических кабинетов, и, самое главное, информации нет вообще об оборудовании, которое должно быть на местах. Объяснение простое: «давайте ничего не напишем, может что-нибудь дадут, если что-нибудь укажем, то ничего не получим» и так далее. Я думаю в формате должно быть закреплено с учётом износа всего оборудования. Мы сами понимаем, что износ гигантский. Выделяется до 500 млрд на первом этапе, правда до 2024 года. Премьер-министр также отметил, что если необходимо, будет и больше. Поэтому этот раздел очень важен для нас, это касается в первую очередь онкологии, но хирурги активно занимаются этим вопросом, особенно эндоскопической диагностики. Надо активно включаться, если мы будем сидеть, сложа руки, ничего не делая, не будет никаких изменений, особенно в области эндоскопической хирургии не будет никаких изменений. У нас заявлено несколько сообщений. Профильная комиссия - это значит разговор, это не монолог, это как правило диалог всех территорий, в принципе каждый может высказаться, сделать какие-то замечания, задать вопросы и тому подобное. Здесь мы принимаем определенные решения, которые уходят в Минздрав. Основные аспекты, проблемы, которые волнуют, я про них уже

сказал - это нормативная база, подготовка врачебных кадров, кадры решают всё, как всегда это и было, без кадров нет никаких решений, и в хирургии, и в эндоскопии, материально-техническое оснащение больниц и кабинетов, внедрения современных диагностических и лечебных технологий нормативная база по специальности. Из того, с чем мы можем ознакомиться, это приказ Министерства Здравоохранения от 1996 г о «Совершенствовании службы эндоскопии в учреждениях здравоохранения Российской Федерации». Ну понятно, что он уже устарел и в 2017 году появился приказ номер 974н «Об утверждении правил проведения эндоскопических исследований», правил проведения клинических исследований, потому что профстандарт, естественно, для «эндоскопии» безусловного не отражает всех сторон работы врача эндоскописта. Стандарт прошёл все инстанции, включая Национальную Медицинскую Палату Минздрава и разрабатывается, так понимаю с участием Общества. Я думаю, что об этом надо будет поговорить, потому что специальность есть, необходим обновлённый стандарт, необходимы национальные клинические рекомендации по многим нозологиям. Это придется делать именно главным специалистам вместе с Обществом. Затем подадут эти все материалы в экспертный совет по рекомендациям, которые заседает раз в месяц, и большинство обществ уже к декабрю подали свои наработки. В течение января-февраля в Минздраве обработали эту информацию. Только после принятия съездом эти национальные рекомендации появляются на сайте Минздрава и обязательны для исполнения всеми медицинскими учреждениями, где имеется соответствующий профиль. Эти рекомендации позволяют разработать новый затратный механизм по обеспечению тех или иных процедур, то есть расчёт должен стать объективным, а не так как сейчас. У нас имеется непонятные расчёты, которые ничего иллюстрируют, и, как правило, их не хватает для того, чтобы использовать современное оборудование - эти вещи должны быть пересчитаны, возможно, тогда их количество за счет гособеспечения возрастет. Также они должны быть самокупаемыми, должны давать какую-то определенную прибыль для медицинского учреждения, для того чтобы увеличить зарплату сотрудникам. Давайте посмотрим кадры за 2017 и 2018 годы. Эндоскопическая служба отмечает прибавление + 22 специалиста, таким образом 4806 эндоскописта насчитывается на данный момент. Если рассчитывать на 10000 населения - это обязательный норматив, то у нас около 1.7 специалиста на 10000 населения, в среднем данное значение не меняется за эти два года. Так, давайте посмотрим, какова обеспеченность эндоскопистами в регионах, для того, чтобы представить, что происходит по всей стране, в регионах, отмеченных красным цветом - это зоны тревожной динамики, где меньше 0,25 специалиста на 10000 населения. Синим цветом отмечены регионы, где 0,45 специалиста на 10000 населения, то чтобы хотелось иметь в будущем, таким образом, вы видите, что Якутия одна из лучших территорий. Сахалин, Ханты-Мансийск, не будем останавливаться на тех регионах, где показатели хорошие. Минимальная обеспеченность в Курганской области, Псковской, Чеченской республике, в республике Алтай, республике Дагестан, Кабардино-Балкарии, Свердловской области и республике Крым. Я только что показывал вам этот информационно-аналитический сборник, который будет на сайте главного специалиста, на сайте общества и, в принципе, его можно будет получить в виде книги или виде соответствующей электронной версии, вот что касается хирургии, мы уже говорили 84 региона нам дали информацию, мы смогли составить статистику. Также требуется по эндоскопической службе более точная отчетность по эндоскопии. Я думаю для этого обязательно необходимо иметь опросник, который будет утвержден. Теперь лечение на различных территориях, применение эндоскопии в федеральных округах, количество процедур которые выполняются. Раньше мы приводили данные Западной Европы, мы решили использовать данные московского региона для общероссийской нормы, для увеличения числа оперативных эндоскопических вмешательств в регионах, таких как папиллосфинктеротомия, стентирование желчных протоков, стентирование главного панкреатического протока, гемостаз при кровотечениях, полипэктомия желудка и толстой кишки. Вы видите данные по Российской Федерации, всё что подчеркнуто чёрным цветом - это ниже среднего значения, и в том числе и значительно ниже этих цифр, как например в Южном Федеральном округе, это тревожная

территория. Я хотел бы отменить Московский данные, например стентирование желчных протоков 3344 на 10000 населения, допустим в уральском федеральном округе это всего 7, в то же время например гемостаз при кровотечениях, северо-кавказский федеральный округ 19 на 10000, стоит отметить уральский федеральный округ, имеет лучшие показатели при удалении полипов кишечника, даже лучше чем в Москве. Наши сотрудники выезжают в различные регионы РФ, мы должны посетить все территории до 2021 года с анализом работы хирургической эндоскопической службы. Зелёным цветом обозначены территории, которым мы посмотрели в 2019 году. Часть регионов будет оценена на наличие оборудования, всего что интересует, наш Центр, который аккумулирует всю информацию о работе нашего профиля в Российской Федерации, на всей ее территории. Главное, я думаю, что это будет национальный вопрос, и если он не будет решен сегодня, то не будет решен никогда. Вот иллюстрация, организация и внешняя, скажем так, сторона дела, например в Вологде, в Красноярске с гибкой эндоскопией нормально всё, вот например Курган, установка, скажем так, стоит, не знаю какого года, видимо прошлого века, точно однозначно не работает и плохо используется. Такие случаи не только в Кургане, но и на других территориях России. Основные проблемы Вы хорошо знаете, ничего наверное нового не скажу, но это устаревшее оборудование, это касается даже крупных федеральных центров, которым приходится с большим трудом обновлять парк. В этом году, например, только обновили парк у нас, но есть недостаток расходных материалов. Но, прежде всего дороговизна и, в ряде случаев, это одноразовый характер, ограниченные возможности ремонта, потому что он опять очень, скажем, финансово затратный. Это факт, что эндоскопической службы особой нет, вот, в районных больницах, работают врачи-совместители, которые занимаются эндоскопией и хирургией, анестезиологи, рентгенологи, врачи скорой помощи и другие. В диагностическом плане в районах больница, понятно, у нас выполняются, преимущественно, диагностические процедуры, но говорить о лечебных процедурах, во многих случаях не приходится. Опять-таки возвращаемся к важному аспекту - проблеме модернизации первичного звена. Постановление правительства было от 9 октября 2019 года, в частности, федеральный закон об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, статья 33, где указано, что первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей специалистов медицинских организаций. Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара. Программа модернизации включает, во-первых, поликлиники и амбулатории, отделения общей врачебной практики, ФАПы, центральные районные больницы. Теперь, если говорить о профиле хирургии, в частности специальность «эндоскопия», это хирургические, эндоскопические кабинеты, дневной стационар с операционным блоком, поликлиника, отделение врачей общей практики. Цель программы модернизации, это обеспечение доступности, обратите внимание на этот тезис, качество первичной медико-санитарной помощи, которая касается сельской местности, в основном рабочих поселков, посёлков городского типа, в малых городах численностью населения до 50.000 человек. Задача до 1 июля 2020 года включиться в региональную программу модернизации. Но не только Минздрав занимается, наш центр также, что касается хирургической помощи, потому что нас подключили к этому проекту. Вот вопросов много и, особенно, страдают конечно вопросы информации о наличии оборудования, об обеспеченности кадрами и подготовки специалистов. Подготовки специалистов соответствующей в ряде случаев нет. Никакой информации, не знаю, по какой причине не дается, это требует выяснения, нужно выяснять. Ну что касается оборудования, понятно: «лучше не покажем, может что-нибудь нам это всё же перепадет». В небольших городах пациенты приходят за первичной помощью, приходится отправлять в поликлинику, потом уже в районные больницы, дальше пациент идёт, если есть необходимость в высокотехнологичной медицинской помощи, уже на третий уровень, но федеральное учреждение мы относим формально к 4 уровню, где проводятся самые сложные вмешательства. А так это второй и третий уровни. А ответственность за всё это дело, уважаемые коллеги, несут органы государственной власти и органы местного самоуправления, должностные

лица организации, за обеспечение прав граждан в организации первичной медико-санитарной помощи, то есть мы, но мы не являемся должностными лицами, но все равно несем ответственность. Что касается паспорта медицинской организации, это очень важный вопрос, который тоже нас не совсем устраивает. Ещё раз напоминаю, что до 1 июля у нас есть какое-то время в этом активно поучаствовать. Утверждается региональная программа модернизации первичного звена, прошу всех вас активно в этом участвовать, потому что вы главные специалисты, вы должны работать с Министерством Здравоохранения локальным. Мы должны работать с нашим центром, обязательно для того, чтобы эти паспорта были адекватно подготовлены. Они должны соответствовать действительности. За статистику и написание этого паспорта ответственность несут главные специалисты, то есть там не может быть неправильных цифр, выдуманных там, я не знаю, вариантов обеспеченности и так далее и тому подобное. Что касается проблем, вы знаете, со статистикой, относительно смертности или стационарной летальности, когда были всякие приписки на некоторых территориях, теперь есть две системы, контролирующие все эти дела. Информационные системы, которые в случае выявления таких нарушений, могут привлекать, извините, в том числе к уголовной ответственности. Так, ну я хочу сказать, что паспорт содержит более 100 показателей, включая кадровый состав, материально-техническую оснащенность, сведения об объектах инфраструктуры региона. Давайте спросим наших специалистов сейчас, кто-нибудь участвовал в этих паспортах? Поднимите пожалуйста руку, кто знаком с паспортами на территориях. Два человека из 38 специалистов! Тут никакого участия нет вообще. Ну, на самом деле, мы направили замечания по доработке этих паспортов в регионы. Самое главное, что вы должны этим паспортам срочно оформить, это наша главная задача на 2020 год, на уровне центральных районных больниц, на уровне пока районных больниц, ну, допустим, даже 2 уровня учреждения, это формирование региональной программы. Главное, как вы понимаете, в том числе и в «онкологии», это эндоскопическая диагностика, использование современных технологий. Второй аспект, который касается всех нас, и Профильной комиссии, по разработке клинических рекомендаций. Насколько я знаю, Минздрав предложил разработать по всем нозологиям, и, что касается эндоскопии, там есть позиции, которые относятся к нозологиям, например «колопроктология» и так далее. Там есть разделы, которые должны быть согласованы с главными эндоскопистами, мы обязательно, я не знаю, вошли в рабочую группу или нет, но мы должны очень активно участвовать. В этом плане могут быть так называемые национальные рекомендации, которых отдают обществу, которое рассматривает вопросы структуры и качество написания этих национальных рекомендаций. А дальше Минздрав принимает научно-экспертный совет, по этим рекомендациям эксперты голосуют, и, самое главное, после этого уже съезд или крупное мероприятие, где больше 2-3 голосов есть, принимают эти рекомендации к практической реализации. Они публикуются после этого на сайте. Ещё раз повторяю, что для нас это важно, потому что нам нужно вводить новые тарифы в наши так называемые коды заболеваний, которые вы прекрасно знаете, важны для страховой медицины. Иначе мы остаемся с теми же минимальными цифрами, которые есть в большинстве территорий, кроме, например, Москвы, где в два-три раза увеличены все эти цифры, за счёт того, что конечно есть финансирование. Нужно обязательно решать с руководством города эти вопросы, с министром. И вопросы решаются вполне удовлетворительно. Участие в аккредитации ординаторов очень важный вопрос, начинается со следующего года 2020 года. Задача такая, не завалить там кого-то, а обязательно должны конечно приходить в специальность люди компетентные, которые обладают знаниями, в том числе с использованием симуляторов. Я понимаю, что в свое время мы в морге проводили время, дежурили по 8-10 раз в госпиталях и клиниках, и каждый, кто хотел, интересовался своим направлением, уже на первом году ординатуры даже могли оперировать, ну по крайней мере помогать хирургу в операционном процессе. Тем более в детской практике, процедуры сегодня можно только на симуляторах проводить, но могу сказать, что не на всех территориях, не во всех университетах они (симуляторы) есть. Прошу всех главных специалистов принимать в аккредитации участие и отбирать достойных специалистов в будущем. Ну и

заполнение отчетной формы, это касается нашей общей формы, пока будем ждать когда общества и наши комиссия предложит новую форму, можно сегодня проголосовать или подумать, но она должна быть обязательно. В следующем году мы ждём информацию со всех территорий о состоянии эндоскопической службы. Вот все, что я хотел сказать своим выступлением. Спасибо большое. Готов ответить на какие-то вопросы.

Заместитель Главного хирурга и эндоскописта РФ, проф. Старков Ю.Г.: спасибо большое Амиран Шотаевич, мы будем учитывать все ваши рекомендации и задания. Может у кого-то есть вопрос? Сразу пока что нет, но в ходе заседания могут появиться. Пожалуйста, вы их задавайте. Следующее сообщение будет делать Замолодчиков Родион Дмитриевич, он расскажет об итогах деятельности Профильной комиссии за прошедший год. Пожалуйста, Родион Дмитриевич.

Ответственный секретарь Профильной комиссии по Эндоскопии, к.м.н. Замолодчиков Родион Дмитриевич: добрый день. Кратко познакомлю вас с итогами деятельности комиссии за 2019 год. Сразу давайте посмотрим на карту нашей страны, в принципе, определение главных эндоскопистов идет довольно хорошо. Удалось за 2019 год определить в 82 регионах главных специалистов эндоскопистов и только в трех регионах, они представлены на слайде, до сих пор пока еще не определены главные эндоскописты. Будет проводиться дальнейшая работа в этом направлении. Напомним, что у нас в этом году это уже второе заседание, и в общей сложности третье заседание профильной комиссии. Профильная комиссия проходила 11 апреля на Двадцатом съезде Общества хирургов России, который проходил совместно со Вторым Всероссийским Хирургическим Форумом. На заседании представили свои отчёты Сергей Владимирович Кашин, главный эндоскопист Ярославской области, Алексей Игоревич Иванов представил состояние эндоскопии в республике Татарстан, также были ещё сообщения в рамках создания рабочей группы по методическим и клиническим рекомендациям. Представляла сообщение Залина Викторвна Галкова о критериях качества подготовки верхних отделов ЖКТ и качество скрининговой колоноскопии. Также Сергей Владимирович Кашин представлял рекомендации Европейского Общества по эндоскопическим операциям. Надо отметить, что мы видим следующее первостепенное проблемы, которым занимается Профильная комиссия: это слабая оснащённость регионов эндоскопическими инструментами, потребность в обучении специалистов и вопросы полноценного охвата регионов отчётностью, о чём я сейчас скажу отдельно. А также ряд других проблем, которые, видимо, нужно исправлять постепенно, после решения вот этих самых первоочередных проблем. Итак, что к настоящему моменту удалось. В настоящий момент разработана единая форма отчета, по который действительно можно проголосовать. Она должна быть всем знакома, потому что всем на почту уже была разослана, некотором она была разослана неоднократно. Эта форма позволяет собирать информацию по состоянию эндоскопических подразделений. Кроме того, в настоящий момент мы всё серьёзно занимаемся вопросами аккредитации специалистов эндоскопистов в стране, об этом я тоже отдельно скажу, также поднимаются вопросы внедрения программы эндоскопического скрининга рака желудочно-кишечного тракта. Сейчас немного обо всём этом поподробней. Итак, не смотря на то, что форма была разослана всем тем, кто у нас имеется в базе, тем не менее только 39 регионов представили свои отчёты - это меньше половины. Хотя до сих пор, да можно сказать последнего месяца, даже в ноябре, приходят отчеты от главных эндоскопистов, хотя основная масса было собрана в начале года, тем не менее, нельзя говорить о полном охвате страны отчетность. Это большая проблема, потому что статистические данные, которые необходимо обобщить и систематизировать, сделать какие-то выводы, они должны быть на основе стандартизированной формы. А так пока приходится пользоваться данными из хирургических отчетов, они неполноценные и не совсем сбалансированные, если так можно сказать, но даже первичный анализ присланных отчетов позволяет составить себе представление об оснащённости регионов кадрами, об аспектах диагностической эндоскопии, лечебных эндоскопических вмешательств, а также о частоте и спектре осложнений. Однако, если всё это, как я уже сказал,

прислано по правильной форме, по стандартной, которой была разослана. Вот она здесь представлена на слайде. В ней несколько таблиц, это первая таблица из этой формы. Мы однако по-прежнему получаем от многих специалистов формы отчёта другие, видимо, какие-то местные на основании которых сложно сориентироваться, а, самое главное, сложно вообще перенести и систематизировать данные. Кроме того многие специалисты используют разработанную форму, но при этом не заполняют её полностью, в ряде случаев не заполнена графа осложнений, не заполнены другие графы, то есть отчеты получаются неполными, вся эта ситуация только добавляет сложности. Кроме того, некоторые специалисты представляют заполненную форму, но, что в принципе только чисто технический вопрос составляющий большое неудобство, они в формате «pdf», то есть в формате картинки, откуда нельзя взять и просто перенести информацию в текстовые файлы. Поэтому просьба присылать, пожалуйста, в формате «excel», в котором форма была всем разослана на почту. Что мы видим по присланным отчетам - низкая оснащенность оборудованием, в первую очередь преобладанием фиброоптики, низкая обеспеченность кадрами, высокая загруженность кабинетов, преобладание диагностических вмешательств, мало колоноскопий, экстремально мало дуоденоскопий. Пока все эти проблемы будут решаться. А теперь переходим к аккредитации специалистов по эндоскопии. Здесь тоже серьёзная задача стоит перед Профильной комиссией, требуется разработка 6 экзаменационных станций, разработка 5000 тестов и 350 кейсов. Такая грандиозная задача, которая стоит перед эндоскопическим сообществом и курируется Федеральным методическим центром аккредитации и Профильной комиссией. Для решения этой задачи нами была сформирована рабочая группа, в которую вошли главные эндоскописты регионов, заведующие эндоскопическими отделениями, работники и сотрудники кафедр и просто активные эндоскописты, которые хотят участвовать в этом процессе. Группа составляет 25 разработчиков, из них 21 эксперт. Большое спасибо всем, кто принял активное участие. Также пожелания к участникам, которые пока что ещё не смогли активно включиться в процесс, включиться поскорее, так как осталось совсем мало времени, как и сказал Амиран Шотаевич, аккредитация начнётся с 2020 года. Буквально уже здесь несколько месяцев осталось, и здесь эту работу нужно проводить существенно более эффективно, чем она в настоящий момент проходит. Со своей стороны мы разработали методологию создания кейсов. Создание кейсов - это большая проблема, потому что представляет собой серьёзную задачу, каждый кейс с 12 вопросами, ссылками на литературу. На один такой кейс требуется несколько часов. Учитывая количество необходимых кейсов, можно представить сколько вообще должно уйти на это времени, но, тем не менее, методология создания разработана, форма кейса есть. Опять же, все участники оповещены, желающие присоединиться к созданию этой базы могут также получить эту форму. Нами был проведён вебинар, совместно с Татьяной Александровной Кузнецовой, сотрудницей нашего организационно-методического отдела, в котором мы детально разъяснили, каким образом нужно составлять кейсы и тесты. Кроме того, каждый эксперт получает в системе свой личный кабинет, в котором сможет посмотреть кейсы, созданные другими участниками, провести рецензию и таким образом, соответственно, корректно создать комплексную базу оценочных средств. Также нами в этом году был разработан паспорт экзаменационной станции по эзофагогастродуоденоскопии. В настоящее время также разрабатываются оценочные станции по бронхоскопии и по колоноскопии, аттестации будут ещё тестироваться и в конечном итоге будут приняты на работу. Еще одно событие, в августе 2019 года проходило локальное совещание главных эндоскопистов Дальневосточного федерального округа в рамках Международной Байкальской Школы Японской Медицины. Белоногов Александр Викторович, Евтушенко Дмитрий Андреевич представили отчётные данные по своим регионам, были обсуждены проблемы, был поиск путей решения этих проблем. Относительно скрининга колоректального рака в нашей стране. Ситуация пока что еще далека от благоприятной, единичные встречаются проекты в регионах, однако это проблема тоже будет дальше продолжаться, например в апреле 2020 года на Съезде хирургов России будет секция, посвященная этому вопросу. Также, под эгидой Профильной комиссии прошел ряд

образовательных проектов, которые представлены на слайдах. Они касаются верхних отделов желудочно-кишечного тракта, нижних отделов и практических интервенционных вмешательств. Со всем этим вы можете познакомиться, и, соответственно, планируется дальнейшая работа по обозначенным вопросам. В заключение хочу сказать, что на слайде представлена электронная почта Профильной комиссии по Эндоскопии, на данный адрес нужно прислать отчеты в соответствующем формате. Спасибо за внимание. Есть ли вопросы?

Ревишвили А.Ш.: уважаемые коллеги, лишь 38 регионов подали отчеты, из этих 38 не все отчеты качественные. Необходимо выяснить в чем основная проблема.

Замолодчиков Р.Д.: мы разработали форму отчета, хорошо согласующуюся с формой хирургов, которая уже опробована, показала себя качественной и корректной. Но, тем не менее, специалисты, присылающие отчеты, либо не полностью заполняют форму, либо используют иные формы, по которым сложно сделать обобщающий результат.

Ревишвили А.Ш.: должно быть два направления, постоянная связь со специалистами, переговорить с территориями, выяснить, в чем проблема, возможно, предоставить иную форму отчетности.

Вопрос из зала. Иванов А.И., главный специалист республики Татарстан: мне кажется, что несоответствующие отчеты в основном из-за нехватки времени. У нас в республике ведется постоянный учет исследований, мы понимаем что происходит, но из любого регионального Минздрава приходит сообщение, что информацию необходимо подавать буквально за час. Вот в 14:00 вчера, мне пришла информация, что требуется через час подать информацию. Должны быть иные вертикальные связи для грамотной передачи информации, касательно эндоскопического общества.

Ревишвили А.Ш.: мы говорим о следующем годе. Мы говорим о 2020 годе. Данных за 2019 год нет, но за 2018 собрано лишь 20%, то есть формы заполняют, просто должна быть четкая дата подачи информации. Автоматизированного сбора информации пока нет, речь идет о 2022, 2023 годах, прошу вас в сроки сдавать отчеты.

Вопрос из зала: будет ли меняться форма отчета на следующий год. Просто от нас требуют 30-ю форму отчета. Возможно, следует решить этот вопрос на уровне Минздрава, потому что от нас требуют 30-ю форму отчета, она несколько отличается от предоставляемой вами.

Руководитель организационно-методического отдела, проф. Оловянный В.Е.: кратко поделюсь опытом сбора отчетов хирургами, вы прекрасно знаете, что официальная форма отличается от того, что мы собираем для полноценного анализа. Да так же были проблемы с принятием отдельной формы отчета, и наша форма не принимается официально Минздравом. Тем не менее, мы собираем необходимую информацию по разным группам патологии, отдельно для плановой и экстренной хирургии. Руки опускать в данной ситуации не стоит. Со временем все стали присылать полноценные отчеты, которые послужили в составлении сборника, которым теперь с удовольствием все пользуются для сравнения. Всех эта форма теперь устраивает.

Ревишвили А.Ш.: нам необходимо знать реперные точки для дальнейшего развития, нам требуется четко знать, что происходит на разных территориях. Московский регион четко работает с Минздравом, за счет четкой информации происходит полноценное взаимодействие, выделяются средства. Наша задача показать, что наши действия снижают смертность населения, позволяют на ранних стадиях выявлять заболевания, выполнять федеральные проекты. В Минздраве, когда я показал этот сборник, все департаменты захотели такие же сборники. Этот документ ориентирован на врача.

Вопрос из зала, Круглова И.И., главный внештатный эндоскопист Самарской области: в последний месяц мы плотно работали над составлением паспортом учреждений с учетом корректных данных относительно износа оборудования. Мною составлен список оснащения в первую очередь районных больниц и ряда поликлиник. Вопрос в порядке оснащения. По новому приказу о диспансеризации гастроскопия вошла в 1 этап, в связи с чем, теперь мы можем требовать эндоскопическое оборудование в районные больницы. То, что касается бронхоскопов – это только в реанимации, где требуется трудная интубации. Проблема с колоноскопами, по старому приказу колоноскоп положен при посещаемости от 500 человек в сутки. Но таких учреждений крайне мало, убирать колоноскопию из многих учреждений согласно нормативам крайне опасно, принимая во внимание распространенность колоректального рака. Разрабатываются ли какие-то нормативы в этом направлении?

Президент Российского эндоскопического общества, проф. Королев М.П.: этот вопрос поднят неоднократно. В начале этого года создан проект приказа по оснащению первичного звена, к сожалению, в него даже не вошли колоноскопы. По этому поводу были написаны письма в Минздрав и, к счастью, теперь оборудование прописано, поэтому стоит ссылаться на этот нормативный документ.

Ревишвили А.Ш.: недавно создан новый НМИЦ колопроктологии, отвечающий за это направление. Вопрос будет обсужден с Алексеем Анатольевичем Шалыгиным. Буквально на следующей неделе. Они активно работают, усилия будут объединены.

Вопрос из зала, Эрдель И. В., Пензинская область: в 2017 приказ 114 по Пензинской области: каждый эндоскопист обязан выполнить 2068 исследований, более никаких пояснений нет. Нет ни норм по различным категориям, ни разделения на вмешательства и диагностику, грубо говоря, необходимо выполнить 180 ЭГДС в месяц и более ничего не делать. Ни о каком развитии эндоскопии в данном ключе говорить мы не можем. Получается лишь внутренними приказами по больницам нормализовать ЭРХПГ, ЭПСТ и прочее. Может ли Профильная комиссия воздействовать на такой приказ?

Ревишвили А.Ш.: Вы понимаете, что это импровизация вашего регионального Минздрава? Требуется формализация данного вопроса по всем территориям. Это довольно непростой вопрос. Требуется выход на среднероссийский уровень. Количественное обозначение, без учета нозологий и качества, некорректно. Вопрос зафиксирован, спасибо.

Старков Ю.Г.: двигаемся далее по программе, с небольшими изменениями. Я должен предоставить слово Сергею Владимировичу Кашину о работе методической группы с отчетом по рекомендациям.

Главный внештатный специалист эндоскопист Ярославской области Кашин С.В.: сообщение небольшое, касается важности вопроса об участии профильной комиссии, в разработке рекомендации. Два образовательных проекта, которые ведутся при курировании Ю.Г. Старковым и М.П. Королевым, а так же ведущих отечественных и зарубежных специалистов. Мы столкнулись с одним и тем же вопросом. Нам не хватает рекомендаций и стандартов. Оба образовательных проекта сосредоточены на том, что бы взять лучший мировой опыт по внедрению рекомендаций разработанных в мире. Глобальной задачей образовательных проектов является внедрение общемировых стандартов. Однако проблема, которая стоит у нас, это адаптация стандартов для Российской Федерации. Нами уже были переведены и внедрены ряд норм, таких как: Качество колоноскопии, подготовки кишечника к исследованию; Ведение пациентов с предраковой патологией и ранними формами рака, а так же критерии качества эндоскопии верхних отделов ЖКТ, что так же немаловажно. Одним из примеров создания данных рекомендаций является симпозиум 2012 года, когда мы пытались общим голосованием определить стандарты. Однако самым позитивным примером является Ярославская область, где мы смогли внедрить стандарты

эндоскопии, где были опубликованы приказы, в которых обозначены основные точки фотодокументации, нормы оборудования и прочее. Ныне идет активное внедрение медицинской информационной системы, объединяющей все наши клиники, обладающие комплексом видеосистем. Возможно, что использование опыта группы специалистов в создании общенациональных рекомендаций и стандартов. Сложности: авторам переводов требуются методисты, которые помогут в создании рекомендаций отвечающих национальным стандартам. Инициативная группа создана, мы готовы поработать и в праздники, чтобы предоставить информацию к январю. Благодарю за внимание.

Ревишвили А.Ш.: спасибо, двигаемся далее по программе. У нас еще два сообщения. Слово предоставляется Алимову Александру Викторовичу с отчетом о состоянии эндоскопической службы в Смоленской области

Главный внештатный специалист эндоскопист Новосибирской области Дробязгин Е.А.: отчет о работе эндоскопической службы Новосибирской области. 30 районов население - 3,5 млн. человек. 52 эндоскопических отделения – эндоскопические исследования, редко вмешательства, а так же 14 эндоскопических кабинетов, где осуществляется только диагностика. За год выполнено порядка 180000 исследований, на слайде приведены данные по осложнениям, а так же итоги работы за 10 месяцев 2019, отмечается рост числа эндоскопических исследований, чрескожных гастростомий, РОЕМ, летальных исходов не было, уменьшилось количество эндоскопических стентирований и дивертикулостомий. Отмечена тенденция к увеличению числа госпитализаций пациентов с инородными телами верхних отделов ЖКТ и ЭРХПГ. Выделим следующие проблемы: технические и материальные (износ оборудования, в основном фиброскопы – 85% оборудования) последние приобретение оборудования по программе модернизации осуществлялась в 2011 году, далее лишь разовые закупки. Нет расходных инструментов (щипцы, лигаторы и прочие), нет моечных машин и шкафов для хранения оборудования. 22% оборудования неисправно. Проще пригласить специалиста из районного центра, нежели осуществлять ремонт оборудования, приоритет которого на остаточном принципе. Недостаточная квалификация специалистов – в основном это хирурги, либо анестезиологи-реаниматологи, работающие по совместительству, лишь в 2х из 30 регионов есть штатные специалисты. «Человеческий фактор» многим специалистам достаточно выполнять только скрининговые манипуляции, например, было выполнено лишь 30 колоноскопий за год. Оказание эндоскопической помощи онкологическим пациентам в многопрофильных стационарах – эндоскопическое лечение крайне редко, лишь в одном центре оказывается паллиативная помощь по программе ВМП. В амбулаторных центрах отсутствует материально-техническая база, а так же нет навыков. Пути решения проблем: подготовка и переподготовка специалистов по профилю специалистов по профилю «Эндоскопия» (в том числе стажировки). Включение многопрофильных стационаров в программу оказания медицинской помощи пациентам с доброкачественными и злокачественными новообразованиями (Онкопрограмма). Приобретение нового эндоскопического оборудования и расходников. Привлечение главного специалиста к оснащению медицинских учреждений техникой по мере ее приобретения. Спасибо за внимание.

Ревишвили А.Ш.: спасибо, двигаемся далее по программе. Слово предоставляется Алимову Александру Викторовичу с отчетом о состоянии эндоскопической службы в Смоленской области.

Главный внештатный специалист эндоскопист Смоленской области Алимов А.В.: Смоленская область. О состоянии эндоскопической службы. 25 районов, 2 городских округа, население 942000 человек. Проблемы те же. Всего 5 эндоскопических отделений и 37 кабинетов. Штатных врачей – 29, врачей-совместителей – 23. Фиброгастроскопы – 79 в рабочем состоянии, 14 в нерабочем. Видеогастроскопов – 35 (8 экспертного класса). Фиброколоноскопы – 22, видеокколоноскопы – 9 (2 экспертного класса). Фибробронхоскопов – 20, видеобронхоскопов – 14 (экспертного класса нет). Дуоденоскопов – 2/1 в нерабочем состоянии 2/2. По количеству исследований – 62039, что

меньше, чем в 2016 году (67636), из-за увеличения числа частных клиник. Отмечается количество колоноскопий (4229) в 2018 году. Получен тариф на проведение колоноскопий в амбулаторных условиях. Количество биопсий не меняется. Лечебные и оперативные манипуляции учащаются. Спектр манипуляций в области – бужирование/дилатация рубцовых стриктур ЖКТ/трахеи, баллонная кардиодилатация, эндоскопическая гастростомия, эндоскопическое дренирование постнекротических кист ПЖ, ЭПСТ, литоэкстракция, стентирование ОЖП и ГПП, эндоскопическое удаление инородных тел, EMR, ESD, эндоскопический гемостаз. Основные проблемы – износ оборудования с выходом его из строя. Малое количество вмешательств. Малое количество хромоэндоскопических исследований. Отсутствие объективной оценки, так как нет видеотехники. Не всегда есть возможность проведения гистологического исследования выявленной патологии, нет врачей-гистологов. Нет нормальной обработки оборудования, нет машин. Нет интестиноскопии. Предложения: замена фиброэндоскопов на видеоэндоскопы. Проводить программные закупки расходных материалов. Наладить централизованную ремонтно-техническую службу. Ранее выделялись внефомсовские деньги, проводилась закупка эндоскопов. Провести закупку оборудования, которого не хватает. Провести дальнейшее совершенствование маршрутизации больных на колоноскопию. Запустить программу автоматической обработки, программу капсульной эндоскопии, проблема с наличием капсул. Способствовать развитию компьютерного обеспечения врача-эндоскописта. Дальнейшее развитие хромоэндоскопии. Спасибо за внимание.

Ревишвили А.Ш.: спасибо Александр Виктрович. Теперь слово предоставляется Кузнецовой Татьяне Александровне, она сделает сообщение относительно системы НМО.

Главный специалист организационно-методического отдела Кузнецова Т.А.: добрый день, уважаемые председатели, уважаемы коллеги. Разрешите, пожалуйста, представить вашему вниманию доклад «Первичная специализированная и периодическая аккредитация специалистов по специальности «Эндоскопия». Значит, дело в том, что да, этот вопрос уже поднимал наш коллега, да, который был вынужден нас уже покинуть. Но с 2021 года меняется, в общем-то, право заниматься медицинской деятельностью. И с 21 по 25 год, для специалистов с опытом, как для специалистов с высшим, так и со средним профессиональным образованием, будет поэтапный переход на процедуру периодической аккредитации. И уже те, у кого сертификат специалиста будет заканчиваться в 21 году пойдут на периодическую аккредитацию, и основное то, на что там будут смотреть, и на основании чего будут аккредитовывать это образовательное портфолио, которое должен формировать каждый специалист на портале непрерывного медицинского образования Минздрава России «edu.rosminzdrav.ru». Значит, ну вот здесь, те рекомендации, которые мы, ну вот рекомендуем вам сделать. Первое, это необходимо зарегистрироваться на сайте «edu.rosminzdrav.ru». Регистрация очень простая. Она займет 3 минуты. Вам нужен компьютер, интернет или телефонный интернет, возможность войти в вашу электронную почту и СНИЛС. Для специалистов, которые работают в государственных организациях, данные об их сертификатах подгружаются сейчас автоматически из федерального регистра медицинских работников. После того, как вы зарегистрировались, необходимо разобраться в этой системе и подумать о своем индивидуальном плане обучения. Ну, то есть, в аудитории в этой большинство специалистов владеют как минимум двумя сертификатами. То есть, наверняка, главные эндоскописты, у них два сертификата, это эндоскопия, или организация здравоохранения, общественное здоровье, хирургия, онкология. И, соответственно, то количество баллов и то количество специальностей, по которым вам нужно будет вести портфолио будет пропорционально умножаться. Поэтому при формировании плана обучения необходимо выбирать такие образовательные мероприятия и программы, которые будут засчитываться у вас сразу по нескольким специальностям. Вот, ну то есть в рамках подготовки к портфолио необходимо проходить циклы повышения квалификации, ну они от 16 часов, необходимо посещать 36 часов в год. И посещать мероприятия, которые аккредитованы координационным

советом по развитию НМО Минздрава России. Значит, ну поимому того, что просто зарегистрироваться, тот есть, врачи должны иметь возможность пройти качественный образовательный контент. Ну, то есть, чтобы это было действительно актуальные не формальные программы, конференции желательны, чтобы работодатель туда пускал, организационный взнос был какой-то умеренный, либо каким-то образом компенсировался. Мы попробовали проанализировать, как сейчас обстоят дела. Буквально вчера для этого сообщения центр развития непрерывного медицинского и фармацевтического образования предоставил нам данные. На сегодняшний день 4242 человека с сертификатом «Эндоскопия» зарегистрированы на портале, из 2154 человека заработали минимум 1 балл. Оценить реальное количество врачей-эндоскопистов эти данные не позволяют, но можно предположить, что усилия недостаточны. Мы проанализировали программы образования, всего выделено 926 программ повышения квалификации, из которых 256, где «эндоскопия» основная специальность, 670 – где вспомогательная. Стоимость программ трудоемкостью 36 часов от 2500 до 25000, есть 98 программ реализуемых за счет бюджета. На портале «edu.rosminzrav.ru» для врачей-эндоскопистов подготовлен 121 интерактивный образовательный модуль, дает до 3-х баллов. Необходимо начать работать над эффективными образовательными программами. Есть организации, являющиеся дорожно-транспортными учреждениями, предоставляющие «онлайн» программы подготовки по установленным нормам и документам, качество таких курсов крайне низкое, это весьма опасный фактор, с этим требуется бороться. Если говорить об образовательных мероприятиях в 2012, было организовано 225 мероприятий. Фестиваль эндоскопии впервые аккредитован баллами НМО по разным специальностям. Мы готовы оказывать методическую помощь, с прошлой весны проводятся вебинары, мы помогаем с работой в системе НМО, с регистрацией, рассказываем, как копить баллы, знакомим с нормативной базой. 18.12 будет проведен следующий вебинар. Вторая часть доклада посвящена первичной аккредитации, которая впервые состоится в 2020 году. По нашим данным выпускников ординатуры и профпереподготовки по специальности «эндоскопия» будет около 400, не учтены коммерческие организации. В июне 2019 в соответствии с распоряжением Минздрава России на нашем центре организован аккредитационно-симуляционный центр по специальностям хирургия, эндоскопия и рентген-эндovasкулярная диагностика и лечение, мы выполняем функции по научно-методической помощи. Разрабатывается фонд оценочных средств, его актуализация, организовано научно-методическое сопровождение аккредитации специалистов. В феврале-марте планируется проведение обучающих семинаров с целью помощи в создании условий аккредитации на местах. Также мы будем участвовать в процессе аккредитации при апелляциях и спорных случаях. В национальной системе аккредитации много участников: Минздрав России, методический центр аккредитации специалистов на базе ПМГМУ им. И.М.Сеченова, методико-аккредитационные центры (МАСЦ), центры (площадки) для аккредитации, так же можно отметить некоммерческие организации, роль которых сводится к независимой оценке. Аккредитация ординаторов будет состоять из 3х этапов: тестирование (есть в свободном доступе на ФМЗА); практические навыки на станциях – очень трудоемкий этап, станций должно быть не менее пяти, по 8,5 минут на станцию, оценка по чек-листам, комиссия из трех экспертов оценивает навыки. В настоящее время подготовка эндоскопистов ведется в 29 субъектах РФ, в зависимости от этих данных следует организовывать площадки. Не следует допускать того, чтобы для аккредитации приходилось ехать в иные субъекты. Навыки, которые требуют особого внимания по решению Минздрава России: базовая СЛР, экстренная медицинская помощь, коммуникация (сбор жалоб и анамнез на первичном приеме, консультация). Нами рекомендованы к проверке навыки бронхоскопии, колоноскопии, ЭГДС. Фонд оценочных средств предоставлен ответственным НМИЦ. Паспорта оценочных станций уже разработаны. Есть перечень определенных требований к симуляционному оборудованию. Разработаны методические рекомендации по оборудованию и оценкам навыкам. Третий этап аккредитации – решение кейсов, продолжается разработка кейсов общим количеством 350. В настоящее время появилась возможность принимать ответы

компьютеризировано. Хочу обратить ваше внимание на то, что каждый кейс включает 12 вопросов, ответ на каждый из которых должен отсылать к национальным рекомендациям, которые еще не разработаны, поэтому приходится ссылаться на авторитетные источники. Всего 24 вопроса экзаменуемому, порог - 17 правильных ответов. Многие из вас включены в состав экспертов оценочного фонда. Спасибо за внимание. Готова ответить на вопросы.

Ревишвили А.Ш.: спасибо, Татьяна Александровна. Я передаю слово Президенту нашего Российского эндоскопического общества Михаилу Павловичу Королеву, прошу Вас.

Президент Российского эндоскопического общества, проф. Королев М.П.: добрый день, уважаемые коллеги. Наверное, я выскажу наше общее мнение, наконец-то в Российской эндоскопии завершился период безвластия, появилась Профильная комиссия, и Амиран Шотаевич ее возглавляет, поэтому мы теперь имеем непосредственный контакт с Минздравом. Я поражен общей несогласованностью! 85 главных специалистов, из них лишь 38 присутствуют на заседании. Это наша с вами обязанность, мы много говорим о том, что надо что-то делать, но это и есть наша работа, 36 отчетов сдали, я понимаю, там, не сдало 2 человека! Для того, чтобы решать проблемы, надо знать общую ситуацию с эндоскопией в России, сколько врачей, приборов... Сегодня, без этих данных решить проблему не удастся. Общество знает общие цифры, проценты износа и прочее, но необходимо знать конкретно по субъектам, вплоть до учреждений. Вот поднимались вопросы об отсутствии колоноскопов. В двух словах обрисую проблему: рекомендации пишет общество, однако эндоскопия не включена не в одни рекомендации, например, по лечению язвенной болезни рекомендации пишутся обществом гастроэнтерологов и колопроктологов. Академик Ивашкин звонит мне, мы создаем группу и готовим рекомендации. По инородным телам никто не может написать рекомендации, Минздраву предлагаю возложить эту задачу на эндоскопическое общество, а там отвечают, что эндоскопия это не лечебная специальность. Текущая конференция доказывает обратную ситуацию - сколько всего теперь делается эндоскопически. Наше общество представило в Минздрав 649 манипуляций, которые сегодня выполняет эндоскопия, список до сих пор не утвержден. Требуется введение новых тарифов, взаимодействие со страховыми организациями, и ведь список постоянно расширяется, появляются новые методики. Проблема в том, что сейчас активно развивается борьба с онкологией, открывают сотню новых онкологических центров, но взаимодействия с эндоскопией при этом нет. В стране более 5000 эндоскопических отделений и кабинетов, более 1,5 миллионов исследований выполняется ежегодно и все это оказание помощи на местах, а оснащения нет. Ваши отчеты должны четко показать реальное положение дел. Напомню 974 приказ, там указано, что на каждого врача-специалиста должен быть один эндоскоп, без указания специальности врача и типа эндоскопа. То есть мы имеем катастрофическое отсутствие нормативных документов. Статус эндоскопической сестры не определен, есть специальность эндоскопия, но это единственная специальность в стране, где нет регламентирующих документов. В приказе 222 четко указано время на каждое исследование, но это неверно. Готовятся к изданию приказы о скрининге рака верхних отделов ЖКТ и колоректального рака, понятно, что основное место будет выделено место для эндоскопии, поэтому в приказе четко должны быть прописаны оснащение, бригады, время на исследование, тогда этот документ будет работать. Поэтому мне кажется, что вместе мы с вами и с помощью Профильной комиссии мы сможем решить многие вопросы, но мы должны поработать: установить количество исправных эндоскопов, необходимых аппаратов, оснащения. Конечно, для регионов нет потребности в ультрасовременном оснащении, первое звено – это, прежде всего, ранняя диагностика и экстренная эндоскопия, задачи, которые должны решать в районных больницах. Пожалуйста, все, что исходит из Профильной комиссии, должно выполняться в первую очередь, потому что эти задачи приведут к решению всех основных проблем, если мы не будем этого делать, то проблемы решены не будут.

Ревишвили А.Ш.: спасибо Михаил Павлович за столь правильные, хоть и эмоциональные слова. Слова предоставляется Владимиру Евгеньевичу Оловянному.

Руководитель организационно-методического отдела, проф. Оловянный В.Е.: спасибо, уважаемые коллеги. Должен отметить, что мы не собираем статистику коммерческих организаций, давайте ограничимся учреждениями Минздрава, и картина будет уже ясной, это основной объем лечебно-диагностической базы. Минздрав поручил нам проверку паспортом медицинских организаций, у нас есть более 10000 документов, и мы, практически, ни в одном документе не нашли перечня оснащения эндоскопических кабинетов или отделений. Я не думаю, что его там нет, просто они сделаны по принципу «мы напишем, и нам не дадут». Соглашусь со словами профессора Королева, что нет необходимости насыщать техникой подразделения первого звена. Требуется анализ программы, создание маршрутизации с целью оценки необходимости того или иного оборудования. Требуется ваша активная работа, сначала показать, что у вас есть, провести анализ, а затем конкретно и адресно требовать оборудование.

Ревишвили А.Ш.: Уважаемые коллеги, я хотел бы сказать пару слов в заключение, мы живем в непростое время, тем не менее, инициатива снизу показывает, что мы на правильном пути. Профильная комиссия в настоящее время способна решать многие вопросы, ставить задачи перед Минздравом. Я готов лично отстаивать перед министром наши требования, но мы должны указать наш статус на текущий момент. Я вас прошу к концу февраля 2020 года предоставить в Центр отчеты, чтобы в марте я смог предоставить информацию министру, потому что это ее требование. Вторая задача – ваше активное участие в разработке программы первичного звена, это ваши рабочие места, ваша возможность реализовать научные и лечебные планы. Время меняется, финансирование увеличивается, и только активное участие позволит занять должное место в системе здравоохранения. Призываю вас к реализации системы телемедицины, в настоящее время информационные технологии крайне важны, я понимаю, что для некоторых регионов это трудноосуществимо, но на городском уровне эти вопросы должны быть реализованы в следующее два года. Спасибо за внимание.