

Культура эндоскопии

Солоницын Евгений Геннадьевич

Я знаю, что не смогу помочь всем и охватить всего. Но я верю, что, делая честно и правильно свою маленькую частичку общего большого дела я делаю этот мир лучше

А.В.Филин

Данный выпуск посвящен памяти Андрея Валентиновича Филина, первого вдохновителя и учредителя журнала «Клиническая эндоскопия». Давайте вспомним о том подходе к работе, на который вдохновлял Андрей Валентинович. На 4-м российско-японском симпозиуме, проходившем в Москве 14 февраля 2002 года, Андрей Валентинович, сказал, что основным способом повышения диагностической значимости эндоскопии в выявлении раннего рака желудочно-кишечного тракта является «КУЛЬТУРА эндоскопии» (рис. 1 фото слайдов). Этот подход как нельзя более точно отражает психологию и весь профессиональный путь Андрея Валентиновича.

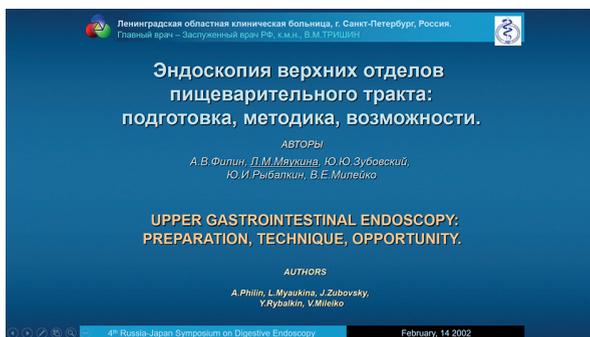


Рисунок 1.а

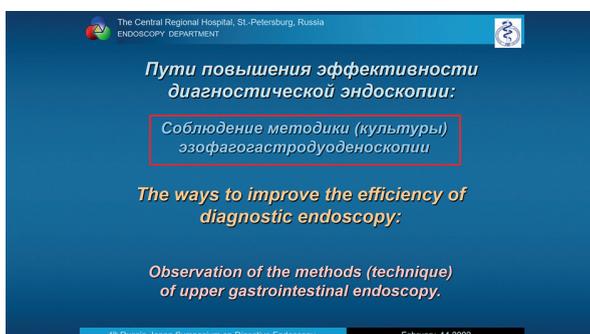


Рисунок 1.б

Давайте попробуем разобраться, какой смысл вкладывал в свои слова Андрей Валентинович и что значит культура в применении к эндоскопии.

Применение термина “культура” достаточно разнообразно. Согласно Википедии: “Культу́ра (от лат. cultura — возделываю) — сложившиеся у людей ценности, нормы, обычаи, верования и обряды, знания и умения, техника и технологии, способы мышления, деятельности, взаимодействия и коммуникации”. [1] Похожее определение приводится и в Большой Российской Энциклопедии [2]. Давайте отметим, что здесь идет речь и о ценностях, и знаниях, и о способах мышления. Если переложить это понятие на эндоскопию, то получается, что культура эндоскопии — заключается в том, что врач следует медицинским протоколам, которые исторически сформировались на основании современных знаний, веря в их правильность. При таком подходе любые исследования, в любых условиях будут проводиться с максимальной отдачей.

Правильное выполнение исследований, соблюдение методологии осмотра (что требует времени и внимания), понимание важности каждой детали значительно повышает эффективность нашей работы. Один из критериев эффективности работы эндоскописта — выявление раннего рака и предраковых изменений. По данным главного онколога Минздрава Российской Федерации А.Д.Каприна в 2022 году на территории РФ суммарный вес злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта составляет 390 случаев на 100 тысяч населения [3], при этом начиная с 2012 года показатели заболеваемости раком желудка в Российской Федерации (РФ) снизились лишь на 3,6 на 100 тысяч населения, а колоректальным раком выросли с 206,4 до 290 на 100 тысяч. Более половины всех новообразований выявляются на III или IV стадиях. Между тем патология ЖКТ — это как раз зона ответственности эндоскопистов. Почему же, не смотря на все наши усилия статистика онкологических заболеваний ЖКТ не улучшается?

Большинство специалистов объясняют этот факт несколькими причинами. Во-первых, это недостаток оборудования высокого класса.

Эндоскопия — аппаратозависимая методика. Однако по данным Росстата продолжается оснащение лечебных учреждений современным эндоскопическим цифровым оборудованием. Согласно статистическим данным 2022 года, парк эндоскопов РФ на 57% состоит из цифровых моделей, при этом, в Центральном Федеральном Округе - на 61%, а в Северо-Западном Федеральном Округе – на 67,2%. [9] Безусловно, необходимо стремиться к цифре 100%, но динамика явно положительная.

Но даже если оборудование, на котором вы работаете не является современным, обратите внимание на следующие факты. Диагностика раннего рака началась еще в эру фиброволоконной эндоскопии. Одна из первых доступных статей по диагностике раннего рака желудка датируется 1978 годом. Это статья японских авторов, где обсуждается материал 911 пациентов с ранним раком желудка, выявленных в Miyagi Cancer Detection Center в период с апреля 1970 по март 1976 года. [4] Т.е. наши коллеги, на фиброволоконном оборудовании выявляли в среднем около 150 случаев в год!!! Еще один пример к нам пришел из Китая, где в 1985 году была опубликована статья, в которой говорится о том, что около 3% рака желудка диагностируется на ранней стадии. [5] Что касается колоректального рака, то в статье японских авторов 1976 года сообщается, что диагностика колоректального рака в ранней стадии составила 7,6%. [6] Эти цифры практически сопоставимы с теми данными, которые мы можем предоставить в XXI веке.

Зная, как педантично японские специалисты относятся к выполнению исследований, как подробно и честно они описывают результаты, приведенные выше примеры показывают, что на первом месте в работе эндоскописта стоит тщательность и педантичность осмотра. Качество оборудования, безусловно важно, но нарушение методики осмотра значительно снижает эффективность работы на любом оборудовании.

Второй аспект – это национальная программа скрининга рака ЖКТ в РФ. Безусловно, такая программа необходима в нашей стране. Программы скрининга рака желудка сейчас действуют в Японии, Кореи, Китае. Национальные рекомендации по скринингу рака желудка существуют в США, Великобритании, отдельных странах Латинской Америки и многих других государствах. Программы показали

высокую эффективность. В частности, мета-анализ 2016 года, включавший 11 крупных исследований результатов скрининга рака желудка продемонстрировал увеличение выявляемости ранних форм, особенно у бессимптомных пациентов, а также значимый регресс распространенного рака желудка.[7] Аналогичные результаты были отмечены и при внедрении скрининговой колоноскопии.[8].

Несмотря на отсутствие скрининговых программ рака ЖКТ в нашей стране, показания к проведению эндоскопических исследований в РФ намного шире, чем во многих странах мира. В обязательном порядке направляются на эзофагогастроуденоскопию (ЭГДС) все пациенты перед оперативным лечением, принимающие нестероидные противовоспалительные препараты, антикоагулянты. На колоноскопию направляются пациенты с симптомами диареи, диспепсии, синдромом раздраженной кишки, при хроническом геморрое. Число диагностических ЭГДС в РФ в 2022 году составило 5 952 769 исследований, колоноскопий - 1 103 885.[9]. Таким образом, эндоскопия покрывает достаточно большую долю бессимптомного, с точки зрения онкологических процессов, населения.

Какова же у нас выявляемость раннего рака? К сожалению, в отчетах главного онколога I и II стадии онкологических заболеваний представлены вместе. Единственный доступный источник, в котором мы нашли информацию отдельно по выявлению рака на I и II стадиях были данные по Санкт-Петербургу за 2015г. Диагностика рака желудка на I стадии составляла 5,3%, а ободочной кишки - 3,4%. [10]. При этом, современные знания позволяют не только визуализировать ранний рак, но и распознавать предраковые изменения и, воздействуя на них, снижать онкологическую заболеваемость.

И тут мы переходим к третьему вопросу - доступность информации и знаний. Вспоминая слова японского корифея эндоскопии Т. Готода: “Эндоскопист, не имеющий знаний о том, как ранний рак выглядит, не сможет выявить его, даже при условии правильного выполнения процедуры. Точка отсчета выявления раннего рака — знать типичные эндоскопические находки и патологические признаки раннего рака”. Одна из его статей так и называется: “Глаза могут увидеть только то, что мозг знает” [11]

В начале века, вопрос доступности информации стоял действительно остро. Учебная и научная информация по эндоскопии была в большом дефиците. Но сейчас в России профессиональная информация по эндоскопии вполне доступна. Ежемесячно проводится по несколько конференций, симпозиумов, мастер-классов, которые транслируются в интернет в свободном доступе. Создан замечательный сайт-агрегатор событий в эндоскопии - Endoexpert. Доступна литература по эндоскопии, как в виде учебников и монографий, так и в виде периодических изданий, одно из которых вы держите в руках. Именно с целью распространения знаний в области эндоскопии Андрей Валентинович Филин и задумывал журнал «Клиническая эндоскопия». И дело его по-прежнему живет. Большой вклад в доступность информации вносит Российское Эндоскопическое Общество. Абсолютно доступна информация из иностранных изданий. Такие ресурсы, как PubMed, Scopus, Google Scholar выкладывают информацию в открытом доступе. В Яндексe возможен автоматический перевод. Врачи, которые хотят найти информацию непременно это сделают. Как говорил Сергей Павлович Королев: «Кто хочет работать - ищет средства, кто не хочет - причины».

Безусловно, в нашей профессии не мало проблем. Но одну из них есть возможность решить самостоятельно, своими силами. Внедрение правильного отношения к выполнению эндоскопических исследований, соблюдение методики осмотра, изучение актуальной информации зависит только от нас самих.

Возвращаясь к определению термина «культура», давайте попробуем определить его в приложении к нашей профессии. **Культура эндоскопии** – это исторически сложившийся и научно обусловленный образ профессиональной деятельности врачей-эндоскопистов, включающий в себя ценности и нормы, знания и умения, технику и технологии, способы мышления, деятельности, взаимодействия и коммуникации. Таким образом, культура эндоскопии заключается не только в обладании нужными знаниями и навыками, но и в добросовестном применении этих навыков на практике независимо от условий: на каком оборудовании вы работаете, кто наблюдает за вашей работой, или вы наедине с пациентом, эндоскопической сестрой и... собственной совестью.

Таким образом, культура выполнения эндоскопических исследований является одним из важнейших факторов эффективности эндоскопии вообще. Давайте быть культурными эндоскопистами!

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. <https://ru.wikipedia.org/wiki/Культура>
2. Большая Российская энциклопедия
3. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой Состояние онкологической помощи населению России в 2022 году. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2022. – илл. – 239 с.
4. Hisamichi S, Shirane A, Sugawara N, Asaki S, Yanbe T, Ito S, Funada K, Hatori S, Ikeda T, Ito Y, Masuda Y, Ooshiba S. Early endoscopic features of stomach cancer and its mode of growth. *Tohoku J Exp Med.* 1978 Nov;126(3):239-46. doi: 10.1620/tjem.126.239. PMID: 734649.
5. Shi ZR, Cai DL. Endoscopic diagnosis of gastric cancer: an analysis of 872 cases in China. *Gastrointest Endosc.* 1985 Jun;31(3):191-5. doi: 10.1016/s0016-5107(85)72042-1. PMID: 4007437.
6. Watanabe H, Shoji K, Yamagata S. Diagnosis and prognosis of early cancer of the colon and rectum. *Tohoku J Exp Med.* 1976 Jul;119(3):265-74. doi: 10.1620/tjem.119.265. PMID: 960092.
7. Khanderia E, Markar SR, Acharya A, Kim Y, Kim YW, Hanna GB. The Influence of Gastric Cancer Screening on the Stage at Diagnosis and Survival: A Meta-Analysis of Comparative Studies in the Far East. *J Clin Gastroenterol.* 2016 Mar;50(3):190-7. doi: 10.1097/MCG.0000000000000466. PMID: 26844858.
8. Bretthauer M, Løberg M, Wieszczyn P, Kalager M, Emilsson L, Garborg K, Rupinski M, Dekker E, Spaander M, Bugajski M, Holme Ø, Zauber AG, Pilonis ND, Mroz A, Kuipers EJ, Shi J, Hernán MA, Adami HO, Regula J, Hoff G, Kaminski MF; NordICC Study Group. Effect of Colonoscopy Screening on Risks of Colorectal Cancer and Related Death. *N Engl J Med.* 2022 Oct 27;387(17):1547-1556. doi: 10.1056/NEJMoa2208375. Epub 2022 Oct 9. PMID: 36214590.
9. Эндоскопия в Российской Федерации / Старков Ю.Г., Замолодчиков Р.Д., Оловянный В.Е., Кузнецов А.В., Овечкин А.И. / под редакцией академика РАН А.Ш. Ревишвили - М.: РУСПРЕСС, 2023 - 80 стр.
10. В.М. Мерабишвили «Злокачественные новообразования в Санкт-Петербурге» \ \ Под редакцией проф. А. М. Беляева Санкт-Петербург 2015
11. Gotoda T. et al. "Basic principles and practice of gastric cancer screening using high-definition white-light gastroscopy: Eyes can only see what the brain knows" // *Digestive Endoscopy* 2016; 28 (Suppl. 1): 2-15