

## Экскурс в историю развития детской эндоскопии в России

*Интервью давал руководитель консультативно-диагностического эндоскопического отделения Измайловской детской городской клинической больницы, Москва, кандидат медицинских наук, врач высшей категории, главный специалист по детской эндоскопии департамента здравоохранения г. Москвы с 1993 г.*

**Мераб Александрович Квирквелия**

### 1. С чего начиналась эндоскопия, как обоснованное направление в медицине, в России или, точнее сказать, в Советском Союзе?

В Советском Союзе эндоскопия как обоснованное направление медицины было сформировано в середине 60-х годов. У истоков стояли профессора В.С. Савельев, А.С.Балалыкин, Ю.О. Галлингер, конечно же, «патриарх» российской эндоскопии, всеми уважаемый профессор Борис Константинович Поддубный, другие ведущие специалисты. Что касается детской эндоскопии, то она как направление была основана несколько позже – в начале 70-х годов. До этого момента при обследовании детей мы получали консультативную помощь у «взрослых» эндоскопистов. Нашей клинической базе всегда помогал Юрий Васильевич Васильев – один из высокопрофессиональных эндоскопистов.

### 2. Мераб Александрович, Вы один из основателей детской эндоскопии в России, с чего все начиналось?

В начале 70-х годов я поступил в ординатуру в Клинику детских болезней 1 ММИ им. И.М.Сеченова. На одном из заседаний Общества детских врачей, которое проходило в нашей клинике, выступал профессор А.В.Мазурин с докладом о первых эндоскопических исследованиях у детей. На меня это сообщение произвело большое впечатление. Даже не мечтал, что в аспирантуре мне дадут возможность заниматься этим направлением. Тем не менее, профессор Ева Витальевна Климанская, которой я многим обязан, будучи моим руководителем, предложила диссертационную работу по теме «Эзофагогастродуоденоскопия в амбулаторных условиях». Почему «амбулаторная»? Потому, что в то время разрабатывалась государственная программа, поддерживающая амбулаторные доклинические исследования, как наиболее экономичные и перспективные. Моя диссертация как раз отвечала требованиям времени.

Но начало работы и первые исследования – это отдельная история! Надо сказать, в то время в Союзе были эндоскопы только одного производителя – Olympus,

да и те закупались единично. В нашей клинике (Клиника Детских болезней 1 ММИ), имелся всего один аппарат – дуоденоскоп. Это существенно затрудняло исследования, особенно у детей, так как у меня не было дополнительного постдипломного образования по детской эндоскопии. Иногда за целый день, проведенный в библиотеке не удавалось найти ни строчки по детской эндоскопии. Детское направление в те времена начинало развиваться только в трех медучреждениях – Филатовской детской больнице, Измайловской детской больнице и больнице Святого Владимира. Справиться с трудностями удавалось благодаря обмену опытом с такими же специалистами. Вот мы и ездили друг к другу, обменивались, рассказывали свои наблюдения. Не доставало литературы, обучающих курсов, как говорится, «варились в собственном соку». В этой связи добрым словом стоит вспомнить Ольгу Александровну Сурикову, которая работала у профессора С.Я. Долецкого. Однажды ей привезли зарубежную фундаментальную монографию по эндоскопии, которую мы от корки до корки отсканировали и по которой стали изучать основы и проводить первые исследования. Таким образом, литературный обзор, особенно по детской эндоскопии, собирался с большим трудом, так как даже за границей исследования у детей были не частой практикой. И сегодня такого большого количества эндоскопических исследований у детей, которые проводятся в России, нигде за рубежом вы не найдете.

Нам выделили место в клинике для эндоскопического отделения, и я приложил немало усилий для оснащения кабинетов новой аппаратурой, адаптированной к детству и мочевыми для ее обработки. Было организовано отдельные 4–5 кабинетов: для колоно-, бронхо-, гастроскопии стационарной и амбулаторной служб.

### Вы можете вспомнить какой-нибудь забавный случай из вашей практики?

Вот, например, инверсия, которую мы сейчас обычно проводим в желудке, сделав ее тогда случайно, мы с Е.В.Климанской подумали о «двойном» желудке?! (Смеется)

### **3. Когда Вы перешли работать в Измайловскую больницу? Какие задачи ставили перед собой?**

В Измайловскую детскую городскую клиническую больницу я перешел работать в 1983 году, где познакомился с лучшим детским эндоскопистом России – Георгием Борисовичем Гершманом (сейчас он возглавляет гастроэнтерологическое отделение в Харбровском центре Лос-Анджелеса). На юбилейном всемирном конгрессе в 2011 году в Лос-Анджелесе Г.Б. Гершман будет вести заседания по детской эндоскопии.

Не могу не вспомнить Владимира Оскаровича Боксера, который был прекрасным эндоскопистом и настоящим «двигателем» науки. Но он ушел в политику, был референтом мэра Москвы Г.Х. Попова, а сейчас читает лекции в Германии и Америке. Когда в 1991 году управление эндоскопической службой перешло в мои руки, первое время было страшно принимать на себя такую ответственность, но со временем многое стало получаться, появились ученики. Среди них П.Л. Щербаков, М.М. Лохматов, А.В. Мызин, Е.М. Туманова, Н.С. Маренич, Л.Г. Лихарева, Е.В. Герасимова и многие другие.

Можно смело утверждать, что сегодня многие отечественные детские эндоскописты прошли нашу школу, так как на базе нашей клиники проводятся первичные обучающие и сертификационные курсы и у нас выполняется большое число эндоскопических исследований высокого уровня. Однако нам есть к чему стремиться. Меня приятно поразил опыт японских коллег, которые проводят потрясающие по профессиональному уровню конференции и до сих пор являются лидерами по количеству выпускаемых ежегодно специалистов в эндоскопии.

### **4. Мераб Александрович, Вы входите в совет Российского эндоскопического общества, расскажите, пожалуйста, какой проект для Вас стал наиболее весомым в работе общества?**

Российское эндоскопическое общество организовано в 1997 году. В том же году его официально приняли в Европейское общество гастроинтестинальной эндоскопии (ESGE) и Всемирную организацию эндоскопии пищеварительной системы (OMED) с правом решающего голоса. По моему мнению, первым значимым событием нашего Общества, стал LIFE COURSE, организованный в 1998 году, куда были приглашены ведущие европейские специалисты. В данном мероприятии, проводимом в онкологическом научном Центре им. Блохина, было задействовано огромное количество ресурсов, начиная от подбора больных для демонстрации, проведения оборудования для прямых видеотрансляций из операционных и заканчивая сертификатами, бейджами, переводчиками и многими

другими организационными вопросами. Основным помощником и спонсором была фирма Олимпас-Москва. Однако и другие компании, в том числе и «Джонсон и Джонсон» нам оказывали существенную помощь. Симпозиум прошёл «на ура» и мы поверили в себя.

Значимым проектом для меня было участие в 2002 году от РэндО, в качестве руководителя комитета по дизинфекции стерилизации, в рабочей группе по выработке санитарных правил «Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических манипуляциях».

Сегодня РэндО, руководимое профессором Михаилом Павловичем Королёвым (Санкт-Петербург), ставит перед собой достаточно амбициозные задачи. Если они будут претворены в жизнь, мы сможем говорить о значительном шаге вперёд. Остановлюсь только на одном из проектов: «Порядок оказания эндоскопической помощи населению». М.П. Королёвым разработал рабочий вариант, используемый членами общества как основа для обсуждения.

### **5. С чего начиналось Ваше сотрудничество с компанией «Джонсон и Джонсон»?**

Первый контакт с компанией «Джонсон и Джонсон» состоялся в 1995 году при разработке методических рекомендаций «Дезинфекция и стерилизация эндоскопической аппаратуры». Это произошло на выставке, где был представлен их стенд, тогда еще подразделения Adavanced Sterilization Products (ASP), входившего в состав Ethicon. Данная компания представляла на рынок первые ферментативные очищающие и дезинфицирующие средства на основе глутарового альдегида. Руководителем направления была Елена Анатольевна Чеховских. В указанные годы лидером на российском рынке дезинфицирующих средств выступал препарат Гигасепт, который закупали большими партиями. Я предложил провести сравнительную работу трех препаратов: глутаровый альдегид (Сайдекс), Гигасепт и Виркон. Исследование проводили на базе трех учреждений, работали двойным слепым методом. По результатам данного исследования было принято решение разработать методические рекомендации по обработке, которые впоследствии подписал руководитель Департамента здравоохранения города Москвы. Мы уделяли большое внимание проблемам обработки, не до конца еще понимая в то время разницы между дезинфекцией и ДВУ. Речь о корректной обработке гибких эндоскопов без этапа стерилизации даже не шла. Помню, для обработки эндоскопов мы последовательно использовали мыло с сильным пенообразованием (что сегодня категорически запрещено), дезинфицирующее средство (но не для дезинфекции высокого уровня) и спирт. Обработка велась настолько «оперативно», что одним эндоскопом можно было выполнить до 20 исследований в день.

Именно по перечисленным причинам сотрудничество с компанией «Джонсон и Джонсон» мы начали с разработки и введения в силу нормативов по обработке эндоскопов. Будучи участниками конференции по инфекционной безопасности (Брюссель) мы прислушивались к рекомендациям ведущих специалистов Мартина Фаверо и Карла Альварадо использовать опыт зарубежных коллег и адаптировать методические указания европейских стран под наши действующие стандарты здравоохранения. Обращения к чиновникам и попытки внедрить адаптированные зарубежные рекомендации оказались безуспешными, так как Приказ МЗ № 184 от 16.06.1997 «Об утверждении методических указаний по очистке, дезинфекции и стерилизации эндоскопов и инструментов к ним, используемых в лечебно-профилактических учреждениях» практически не работал, контроля его исполнения не было, более того, не было и специализированного оборудования для обработки. Тот факт, что сегодня принятые Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.1275-03, и то, что РэндО входит в Европейское эндоскопическое сообщество и можем общаться на равных, – это большое достижение, которым мы обязаны и компании «Джонсон и Джонсон» в том числе. По крайней мере, поддержкой профессионального образования членов рабочей группы (*Смеется*).

Но, мы не останавливаемся на достигнутом, работаем над новыми путями решения проблемы обеспечения инфекционной безопасности в эндоскопии, сравниваем накопленный опыт других стран. Например, во Франции сегодня самые строгие правила, регламентирующие обработку эндоскопов, и они ежегодно дополняются.

## **6. Почему Вы выбрали компанию «Джонсон и Джонсон» для тесного сотрудничества?**

Хочется отметить, что с каждым сотрудником компании «Джонсон и Джонсон» приятно работать, – это профессионализм, тактичность, открытость. Не припомню ни одного случая профессионального разочарования. Наверное, персонал – это «золотой фонд» компании «Джонсон и Джонсон», так как уровень подготовки каждого самый высокий. Не могу скрыть своей симпатии к данной компании, так как считаю, что основным из принципов современной медицины является качество, которое вы гарантированно получаете, работая с персоналом «Джонсон и Джонсон», а я люблю все сделанное качественно, добротно. Меня к этому приучил еще в детстве отец.

Это не простая перестраховка, ведь покупая оборудование «Джонсон и Джонсон», вы оцениваете ее безопасность для ваших пациентов, особенно когда речь идет о детях. В этом можно провести параллели

с эндоскопическим оборудованием фирмы Olympus, потому что оно лучшее. Компания «Джонсон и Джонсон» в настоящее время является мировым лидером по внедрению инновационных решений в разработку продуктов для защиты от инфекции – это системы транспортировки, моющие-дезинфицирующие машины, не имеющие в мире аналогов низкотемпературные стерилизаторы и системы по обеспечению хранения эндоскопов, позволяющие значительно повысить уровень безопасности для здоровья пациентов и персонала лечебных учреждений.

## **7. В чем Вы видите современные проблемы развития эндоскопии и, в частности, обработки инструментов? Какие пути их решения?**

По опыту наших английских коллег (прим. ред: практический курс в Лондоне по теме «Обучающий курс по эндоскопии для медицинских сестёр и инженеров эндоскопического оборудования»), в крупном эндоскопическом отделении должно быть не менее 4–6 машин для обработки оборудования. Архиважной задачей на сегодняшний день является убеждение специалистов эндоскопической сферы в том, что автоматизированный способ обработки – это тот самый минимум, которым необходимо обеспечить эндоскопическое отделение. Ведь на сегодняшний день в России в более чем 90% случаев эндоскопов обрабатывается вручную, я уже не говорю о надлежащем асептическом хранении в специализированных шкафах. Вы только подумайте, какие это колоссальные трудозатраты со стороны среднего медицинского персонала! Жаль, что руководители не задумываются о том, что автоматизированный способ экономит до 30% рабочего времени!

Важным шагом в направлении улучшения работы эндоскопической службы явижу разделение процесса обработки и непосредственно манипуляций. Международный опыт показывает, что в эндоскопическом отделении может быть от 2 до 5 медицинских сестер на одного врача. Работа персонала строго определена: есть операторы, работающие на моечных установках, а есть ассирирующие медицинские сестры. К слову сказать, одна из задач РэндО – скорректировать Приказ МЗ РФ №222 от 31.05.1996 и рекомендовать изменить штатное расписание, введя дополнительную рабочую единицу для обеспечения работы эндоскопического отделения. Также необходимо скорректировать и изменить регламент процедур, так как время на проведение одной эндоскопической манипуляции со временем введения приказа в действие выросло более чем в два раза. Всё это уже нашло отражение в проекте о «Порядке оказания эндоскопической помощи населению», составленном М.П. Королевым, о котором я упоминал выше.



## ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА

Подразделение Advanced Sterilization Products (ASP) стало самостоятельным подразделением Johnson & Johnson в 2000 году и на тот момент состояло из 6 сотрудников. На сегодняшний день ASP – это дружная команда из более чем 30 человек – специалистов по продукции, профессиональных маркетологов, специалистов по клиническому и профессиональному обучению и квалифицированных инженеров, каждый из которых яркая и активная личность.

Изначально подразделение осуществляло продажи средства Presept для обработки поверхностей и легендарного раствора Cidex для дезинфекции и стерилизации изделий медицинского назначения. В 1998 году в России и СНГ была представлена первая низкотемпературная плазменная стерилизационная система STERRAD, создание которой стало крупным прорывом в области стерилизации. Востребованность технологии, высокое качество оборудования и ежедневная профессиональная поддержка пользователей способствовали стремительному росту продаж ASP и достижению лидерских позиций на рынке дезинфекции и стерилизации.

На сегодняшний день ASP активно ведет разработки для усовершенствования продуктов и растворов для обработки инструментов и дезинфекции кожи. В этом году ASP планирует представить новую систему для автоматической обработки и дезинфекции гибких эндоскопов ENDOCLENS-NSX. Это базовая система, разработанная в соответствии с минимальными требованиями, предъявляемыми к аппаратам для автоматической обработки

гибких эндоскопов, и является идеальным бюджетным решением для клиник, стремящихся перейти от ручного к автоматическому способу ДВУ. Важно отметить, что именно благодаря инициативе ASP и Юлии Марковой лично в 2003 году в РФ были разработаны и введены санитарные нормы и правила по обработке эндоскопов, что позволило клиникам существенно повысить уровень инфекционной безопасности эндоскопических манипуляций. Благодаря постоянному развитию, на данный момент ASP является единственной компанией на российском рынке, представляющей комплексное решение для моечных эндоскопических кабинетов – замкнутый цикл очистки, мойки, сушки и транспортировки гибких эндоскопов.

ASP совместно с ведущими научными институтами в области дезинфектологии, микробиологии и эпидемиологии ведет активную деятельность по развитию системы профессионального образования эндоскопистов, эпидемиологов и медицинских сестер, содействуя освоению инновационных технологий как на территории Российской Федерации, так и в странах СНГ. В этом году ASP выпустило новое оборудование – система GLOSAIR – для бесконтактной дезинфекции поверхностей и воздуха, результатом разработок которого стала минимизация ручных процедур при обработке поверхностей.

Слоган подразделения ASP «Защищая мир от инфекций». Мы несем профессиональную ответственность за каждое решение, предлагаемое нашим пользователям!

