

Отзыв на автореферат диссертации
Лисичкина А.Л. «Совершенствование региональной модели организации
медицинской помощи по профилю «колопроктология» на региональном
уровне» на соискание ученой степени доктора наук по специальности
3.2.3. – общественное здоровье, организация и социология
здравоохранения, медико-социальная экспертиза

Диссертационное исследование Лисичкина Андрея Леонидовича посвящено вопросам организации медицинской помощи по профилю колопроктология. Вместе с тем, судя по содержанию автореферата и учитывая специфику эндоскопических исследований, необходимо отметить, что автор не совсем точно представляет себе работу врача эндоскописта и эндоскопической службы.

В частности, в рамках «новой» модели организации медицинской помощи колопроктологического профиля, автор предлагает в Пермском крае многократно увеличить объемы неполных эндоскопических исследований (сигмоскопия) толстой кишки. Данное предложение нельзя признать обоснованным.

Для увеличения объемов исследований необходимо переоборудовать поликлинические смотровые кабинеты в эндоскопические и оснастить их крайне дорогостоящей аппаратурой, которая в России не производится. Крупнейшие производители эндоскопической аппаратуры Olympus и Pentax сигмоскопы не поставляют, а значит сигмоскопии будут выполняться колоноскопами.

Во всех смотровых кабинетах потребуется перепланировка, так как для эндоскопического исследования необходимо помещение минимум из 3 комнат: для осмотра пациента, обработки аппаратов и правильного их хранения.

Врач-колопроктолог имеет право выполнять только ректороманоскопию, а для выполнения сигмоскопии он обязан иметь сертификат врача-эндоскописта, так как проведение аппарата по сигмовидной кишке является наиболее сложным даже для профильного специалиста из-за анатомических особенностей. Также необходимо будет увеличить штат среднего медицинского персонала, который тоже должен быть обучен по специальным программам.

В настоящее время на прием врача-проктолога отводится по записи от 20 до 30 минут. Проведение любого эндоскопического исследования с учетом

печатания протокола и времени на обработку и стерилизацию эндоскопа занимает минимум 40 минут при наличии не менее 2-х, а лучше 3-х эндоскопов. Также нельзя забывать про время, потраченное на сбор анамнеза и выполнение пальцевого исследования, которое сигмоскопия не заменяет и которое тоже должно быть проведено и описано отдельным протоколом.

В результате для реализации «новой» модели при соблюдении всех этих требований и санитарных норм, на оказание необходимых медицинских услуг одному пациенту должно быть потрачено не менее 60 минут. При этом нужно учесть, что время обработки аппаратуры, а также количество расходуемых дезинфицирующих средств при проведении колоноскопии и сигмоскопии одинаково. То есть затраты на создание и обслуживание инфраструктуры, подготовку медицинского персонала, оплату его труда и другие расходы, необходимые для реализации предлагаемой автором «новой» модели, могут быть настолько велики, что никакими медицинскими выгодами обосновать их будет невозможно, а количество пациентов с заболеваниями прямой кишки и анального канала, принятых за одну смену, уменьшится в два и более раза.

Следует отметить крайне ошибочным вывод, что 92% предраковых новообразований находится в сигмовидной и прямой кишке (40% и 52% соответственно, как указано автором). В последнее десятилетие отмечается резкое повышение количества раков и крупных аденом именно в правых отделах ободочной кишки. Более 80% крупных зубчатых новообразований расположены именно в правых отделах толстой кишки, а вот большинство эпителиальных новообразований дистальной трети сигмовидной и прямой кишки являются гиперпластическими и (по существующим стандартам) не требуют их обязательного удаления.

На всех современных колопроктологических и эндоскопических симпозиумах и конференциях одной из главных тем является скрининг колоректального рака. При этом подчеркивается, что именно полноценная колоноскопия является «золотым стандартом» в диагностике новообразований толстой кишки, а выполнение сигмоскопии приведет к невозможности диагностики более 30% злокачественных новообразований.

Остался без внимания автора и вопрос о совершенствовании диагностики различных заболеваний терминального отдела подвздошной кишки, которые также входят в сферу компетенций врачей колопроктологов, но в предложенной модели обследований это вообще не предусмотрено.

Заключение. Судя по содержанию автореферата диссертации «Совершенствование региональной модели организации медицинской помощи по профилю «колопроктология», автором разработана и предложена к реализации нежизнеспособная модель оказания медицинской помощи по профилю колопроктология. При этом, к сожалению, автор диссертации продемонстрировал недостаточно глубокое понимание тонкостей организации работы современной эндоскопической службы и всей многогранности труда врачей - эндоскопистов.

Доктор медицинских наук,
заведующий отделением
эндоскопической диагностики и
хирургии Федерального
государственного бюджетного
учреждения «Национальный
медицинский исследовательский
центр колопроктологии имени
А. Н. Рыжих» Министерства
здравоохранения Российской
Федерации



Ваганов Ю.Е.

*Удостоверен
ФГБУ «НМИЦ колопроктологии
им. А.Н. Рыжих» Минздрава России,*

28 февраля 2025 г.



*отдел кадров
В.М. Маркьева*

Подпись доктора медицинских наук, Ваганова Юрия Евгеньевича
удостоверяю:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный
медицинский исследовательский центр колопроктологии имени А. Н. Рыжих»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
123423, г. Москва, ул. Саляма Адила д. 2
8 (499) 199-15-67
info@gnck.ru