

4. Сулягина В. С. Анализ результатов СМАД у больных с ишемической болезнью сердца в сочетании с гипертонической болезнью. Дневник казанской медицинской школы. 2016; 14: 35–39.
Sulyagina V. S. Analysis of ABPM results in patients with coronary heart disease in combination with hypertension. Diary of Kazan Medical School. 2016; 14: 35–39.
5. Фадеев П. А. Повышенное артериальное давление. М.: Мир и Образование. 2020. 164 с.
Fadeev P. A. High blood pressure. M.: World and Education. 2020: 164с.
6. Газев Б. Н. Лечение гипертонической болезни и других артериальных гипертензий. М.: МиМ-Экспресс. 2017. 256 с.

- Gazhev B. N. Treatment of hypertension and other arterial hypertension. M.: MiM-Express. 2017. 256 p.
7. Васильева Л. П. Гипертоническая болезнь. ИГ «Весь». 2019. 160 с.
Vasil'eva L. P. Hypertonic disease. IG 'Ves'. 2019. 160 p.

Статья поступила / Received 11.11.23
Получена после рецензирования / Revised 20.11.23
Принята к публикации / Accepted 05.12.23

Сведения об авторах

Литюшкина Марина Ивановна, к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней. E-mail: litjushkina@rambler.ru
Аржанова Наталья Владимировна, студентка

Медицинский институт ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева», г. Саранск

Автор для переписки: Литюшкина Марина Ивановна. E-mail: litjushkina@rambler.ru

About authors

Lityushkina Marina I., PhD Med, associate professor at Dept of Propaedeutics of Internal Diseases. E-mail: litjushkina@rambler.ru
Arzhanova Natalya V., student

National Research Mordovian State University n.a. N. P. Ogarev, Saransk, Russia

Corresponding author: Lityushkina Marina I. E-mail: litjushkina@rambler.ru

Для цитирования: Литюшкина М.И., Аржанова Н.В. Особенности динамики артериального давления, по р, результатам СМАД, у пациентов пожилого возраста. Медицинский алфавит. 2023; (35): 19–22.
<https://doi.org/10.33667/2078-5631-2023-35-19-22>

For citation: Lityushkina M.I., Arzhanova N.V. Features of arterial pressure dynamics according to results of blood pressure monitoring in elderly patients. Medical alphabet. 2023; (35): 19–22. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2023-35-19-22>



DOI: 10.33667/2078-5631-2023-35-22-27

Соблюдение критериев качества выполнения эндоскопических исследований (социологические аспекты)

О. А. Баулина¹, А. А. Гуляев^{1,2,3}

¹Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Пенза

²ГБУЗ г. Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения Москвы»

³ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва

РЕЗЮМЕ

В статье представлены результаты социологического исследования, проведенного на базе Пензенского института усовершенствования врачей с целью изучения уровня знаний врачей-эндоскопистов о критериях качества выполнения эндоскопических исследований и оснащенности эндоскопических кабинетов специализированным оборудованием. Проанализированы анкеты 47 эндоскопистов, прошедших обучение на кафедре хирургии и эндоскопии. 57 % респондентов знают о необходимости соблюдения критериев качества в эндоскопии; все врачи до исследования берут информированное добровольное согласие у пациента; 15 % при формулировании заключения пользуются валидированными международными классификациями; уровень выявления аденом при колоноскопии подсчитывают 2 %; фотодокументацию выполняют 21 %; соблюдают биопсийные протоколы 6 % специалистов. Во многом это связано с неполным техническим оснащением эндоскопических кабинетов: лишь 17 % врачей описали количество биопсийных щипцов как достаточное (20 и более), 43 % врачей отмечают наличие видеозаписи эндоскопического оборудования на рабочем месте, однако состояние эндоскопов в большинстве бюджетных лечебных учреждений удовлетворительное, ближе к плохому.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: эндоскопия, критерии качества, здравоохранение Пензенской области, эндоскопические исследования.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Compliance with quality criteria for endoscopic examinations (sociological aspects)

O. A. Baulina¹, A. A. Gulyaev^{1,2,3}

¹Penza Institute for Postgraduate Medicine – a Branch of Russian Medical Academy for Continuing Professional Education, Penza, Russia

²Research Institute for Emergency Medicine n.a. N. V. Sklifosovsky, Moscow, Russia

³Russian Medical Academy for Continuing Professional Education, Moscow, Russia

SUMMARY

The article presents the results of a sociological study conducted at the Penza Institute for Advanced Medical Studies with the aim of studying the level of knowledge of endoscopists about the quality criteria for performing endoscopic examinations and equipping endoscopic rooms with specialized equipment. The questionnaires of 47 endoscopists who were trained at the Department of Surgery and Endoscopy were analyzed. 57 % of respondents are aware of the need to comply with quality criteria in endoscopy; all doctors take informed voluntary consent from the patient before the study; when formulating a conclusion, 15 % use validated international classifications; the detection rate of adenomas during colonoscopy is calculated to be 2 %; 21 % perform photo documentation; 6 % comply with biopsy protocols. This is largely due to the incomplete technical equipment of endoscopy rooms: only 17 % of doctors described the number of biopsy forceps as sufficient (20 or more), 43 % of doctors note the presence of video endoscopic equipment at the workplace, however, the condition of endoscopes in most budgetary medical institutions is satisfactory, closer to bad.

KEYWORDS: endoscopy, quality criteria, healthcare in the Penza Region, endoscopic studies.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare no conflict of interest.

Введение

В результате интенсивного развития эндоскопии количество эндоскопических исследований в мире ежегодно растет [1]. Однако, несмотря на высокую точность обнаружения новообразований, эндоскопия остается в значительной степени зависимой от оператора процедурой, характеризующейся немалым количеством пропущенных патологий [2]. Причинами плохой выявляемости могут служить низкое качество эндоскопического оборудования и оснащения диагностического кабинета в районных бюджетных учреждениях здравоохранения, а также недостаточная квалификация врачей и разночтения в интерпретации полученных при эндоскопических исследованиях данных.

В современных условиях одного лишь владения техникой диагностической эндоскопии недостаточно для выполнения полноценного исследования, очень важно соблюдение целевых показателей индикаторов качества в эндоскопии. Европейское общество гастроинтестинальной эндоскопии (European Society of Gastrointestinal Endoscopy, ESGE) и Европейское общество гастроэнтерологов определили качество эндоскопического исследования как приоритет [3]. Вопросы обеспечения качества, безопасности и эффективности в эндоскопии являются ключевыми моментами деятельности эндоскопического кабинета и отделения и активно обсуждаются по различным узкопрофильным направлениям ведущими специалистами и экспертами профессиональных сообществ [4].

Цель исследования: изучение уровня знаний врачей-эндоскопистов о критериях качества выполнения эндоскопических исследований и нормативно-правовой базе по специальности «эндоскопия», а также уровня оснащенности эндоскопических кабинетов оборудованием, необходимым в том числе для гистологической верификации заболеваний.

Материал и методы

В соответствии с целью исследования были использованы социологический, статистический и аналитический методы. Исследование проводилось в 2022–2023 годах на базе Пензенского института усовершенствования врачей – филиала Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава Российской Федерации в г. Пенза во время обучения врачей-эндоскопистов на цикле повышения

квалификации по теме «Базовые навыки выполнения диагностической эндоскопии с биопсией в симулированных условиях». Повышение квалификации по данной теме было инициировано координационным советом по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере обязательного медицинского страхования Пензенской области с целью улучшения результатов оказания медицинской помощи пациентам по профилю «эндоскопия» на базе мультипрофильного аккредитационного симуляционного центра (МАСЦ) ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России. Образовательная программа состояла из лекционных и практических занятий на эндоскопических симуляторах с отработкой навыков выполнения биопсии при патологии желудочно-кишечного тракта и бронхолегочной системы. В начале цикла все слушатели проходили анкетирование. Для сбора материала была разработана специальная анкета, которая включала 26 вопросов. В опросе участвовали 47 врачей-эндоскопистов из 15 государственных бюджетных учреждений здравоохранения Пензенской области, в которых функционируют эндоскопические кабинеты. На основе полученных результатов изучены уровень оснащенности рабочих мест в бюджетных лечебных учреждениях региона, а также опыт работы, уровень подготовки и знаний врачей-эндоскопистов по нормативно-правовой базе и критериям качества диагностических эндоскопий.

Результаты и обсуждение

Среди опрошенных мужчины составили 72 %; женщины – 28 %. Возрастной состав респондентов был представлен пятью возрастными группами: моложе 30 лет – 4,2 %; 31–40 лет – 38,3 %; 41–50 лет – 21,3 %; 51–60 лет – 14,9 %; 61–70 лет – 21,3 %. Стаж работы в должности врача-эндоскописта менее 5 лет имели 32 % респондентов; 6–10 лет – 15 %; 11–20 лет – 21 %; 21–25 лет – 13 %; 26–30 лет – 19 %. Таким образом, анализ структуры по полу, возрасту и стажу эндоскопистов региона показал преобладание специалистов мужского пола, среднего возраста ($45,7 \pm 2,1$ года) с 14-летним стажем ($14,6 \pm 1,9$ года) в данной специальности.

Несмотря на разный опыт работы, обучались ранее эндоскопическим навыкам на симуляторах только 13 % врачей. Двое из них проходили обучение в Пензе в МАСЦ ПИУВ – филиале ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России во время профессиональной переподготовки по специальности «эндоскопия», четверо – в Москве

в рамках работы эндоскопических форумов на тренинговых курсах компании Olympus. При этом 79 % респондентов хотели бы регулярно повышать квалификацию как на теоретических курсах, так и осваивать эндоскопические навыки на симуляторах. Наиболее востребованными оказались симуляционные тренинги по полипэктомиям (22 %), бронхоскопии (16 %), ретроградной холангиопанкреатографии и эндоскопической папиллосфинктеротомии (14 %). Самым распространенным желанием слушателей оказалось включение в программу теоретических курсов повышения квалификации таких тем, как диагностическая и лечебная бронхоскопия (27 %), современные технологии в колоноскопии (27 %), эндоскопический гемостаз (11 %). Согласно опросу, часть респондентов хотят и находят время на самообразование. Регулярно посещают заседания научных обществ лишь 23 % эндоскопистов, активно используя возможности дистанционного подключения к заседаниям пензенского регионального отделения Российского общества хирургов и конференциям, транслируемым на образовательном портале EndoExpert.ru.

Один из первых вопросов, на который было предложено ответить врачам, касался знания о существовании критериев качества эндоскопии. Положительный ответ дали 57 % респондентов. Соблюдение критериев качества эндоскопического исследования врачами-эндоскопистами суммировано в *таблице 1*.

Перед выполнением эндоскопического исследования обязательным является взятие у пациента ИДС. Право пациента на ИДС закреплено в статье 20 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (от 21 ноября 2011 года). Однако в действующем приказе Минздрава России от 12.11.2021 № 1051н «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства» предусмотрена лишь общая форма ИДС в отношении некоторых видов медицинских вмешательств, которые закреплены приказом Минздравсоцразвития от 23.04.2012 № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи». В этот перечень эндоскопические исследования не входят. Это говорит о том, что на данный момент нет официально утвержденных форм ИДС по специальности «эндоскопия», отражающих всю

специфику диагностических и оперативных эндоскопических манипуляций [5]. Проблемой для оформления ИДС в эндоскопии является возможное проведение инвазивных процедур во время диагностических исследований, так как формы ИДС различаются для диагностического исследования и эндоскопического оперативного вмешательства, поэтому все ИДС должны содержать информацию о возможном расширении диагностического исследования с выполнением биопсии или переходом в оперативное вмешательство [6]. Все опрошенные респонденты знают о том, что необходимо перед выполнением эндоскопического исследования брать ИДС, однако каждое учреждение оформляет форму ИДС по-своему, опираясь на локальные нормативные акты, форма содержит общие фразы без учета специфики эндоскопических вмешательств, а также практической стороны вопроса и возможных последствий, в том числе юридических.

На вопрос, какими нормативными документами руководствуетесь при выполнении эндоскопических исследований, 64 % врачей затруднились с ответом, оставшиеся 36 % указывали несколько вариантов (*рис. 1*).

Наиболее популярными ответами были: приказ Минздравмедпрома РФ от 31.05.1966 № 222 «О совершенствовании службы эндоскопии в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» (28 %), приказ Минздрава РФ от 06.12.2017 № 974н «Об утверждении Правил проведения эндоскопических исследований» (15 %) и СанПиНы (6 %), лишь один врач отметил, что использует в работе стандарты оказания медицинской помощи, должностные инструкции и профессиональный стандарт «Врач-эндоскопист».

Одним из критериев качества выполнения эндоскопического исследования является фото- и видеофиксация обследуемых отделов [7]. В ряде районных больниц Пензенской области эндофотосъемка стала выполняться задолго до выхода новых правил эндоскопических исследований. Так, в Пачелмской центральной районной больнице (сегодня – Пачелмская участковая больница имени В.А. Баулина) с 1989 года с помощью фотоаппарата «Зенит» с разнообразным набором линз врачами-эндоскопистами, большинство из которых были по основной специальности хирургами, выполнялась фотодокументация патологических участков и образований слизистой желудочно-кишечного тракта во время эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) и колоноскопии первично для сравнения данных эндоскопического исследования с интраоперационной картиной и оценки достоверности эндоскопического заключения. Сегодня основной целью фиксации видеоматериала и эндоскопических изображений является составление

Таблица 1
Соблюдение некоторых критериев качества выполнения диагностической эндоскопии врачами-эндоскопистами

Критерий качества	Процент врачей, выполняющих исследование в соответствии с критерием
Получение информированного добровольного согласия (ИДС) от пациента перед исследованием	100
Фотодокументация эндоскопического исследования	21
Использование Парижской классификации поверхностных эпителиальных образований	15
Выполнение биопсийных протоколов согласно клиническим рекомендациям	6
Уровень выявления аденом (Adenoma Detection Rate, ADR) при скрининговых или диагностических колоноскопиях не менее 25%	2

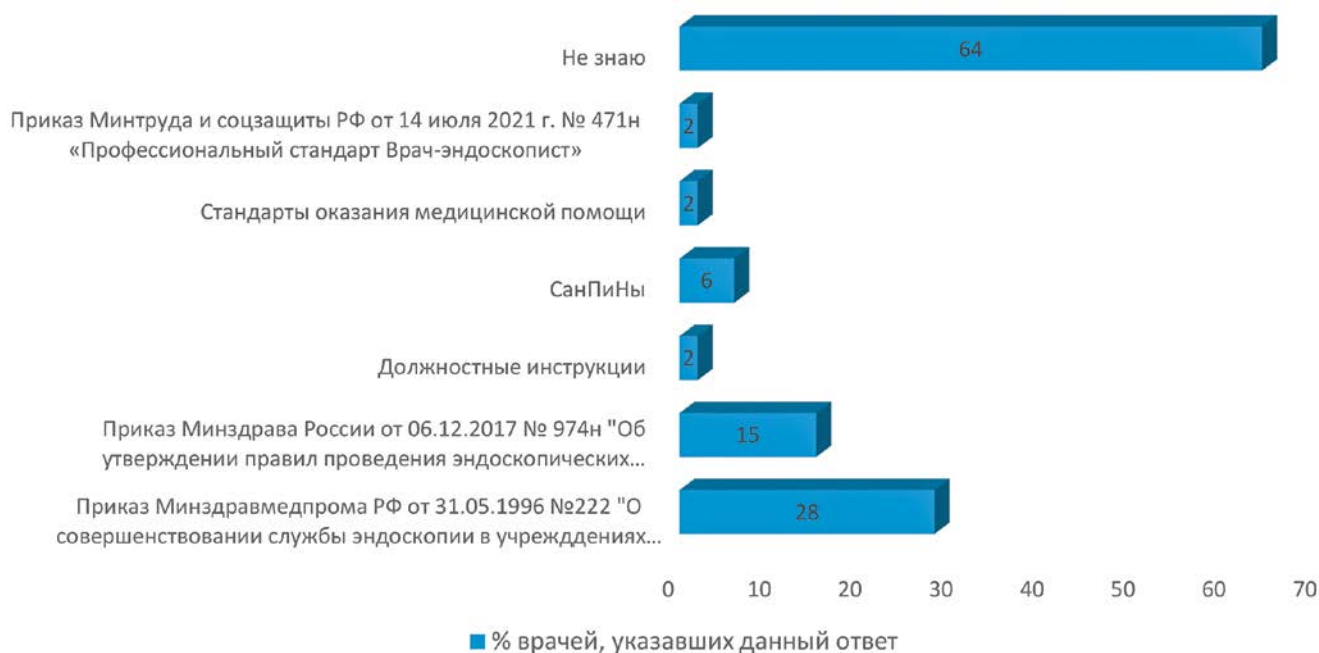


Рисунок 1. Нормативные документы, которыми врачи-эндоскописты руководствуются в работе.

качественного и содержательного протокола исследования. Фиксирование эндоскопических изображений приводит к увеличению продолжительности исследования, что позволяет врачу-эндоскописту более внимательно осмотреть различные участки исследуемого органа. Именно поэтому выполнение большого количества фотоснимков в рамках эндоскопического исследования приводит к повышению выявляемости патологических образований.

Однако в связи с недостаточной оснащенностью эндоскопических кабинетов не во всех бюджетных учреждениях здравоохранения Пензенской области есть технические возможности для соблюдения протоколов фотодокументации (табл. 2).

43 % врачей отмечают наличие видеозендоскопического оборудования на рабочем месте, однако состояние эндоскопов в большинстве бюджетных лечебных учреждений удовлетворительное, ближе к плохому, и никто из эндоскопистов не оценил его как отличное. Поэтому лишь 21 % респондентов выполняют фотофиксацию во время эндоскопических исследований. Однако до сих пор не существует общепринятого стандарта документирования изображений при эндоскопических исследованиях. Среди полученных ответов у респондентов были: один фотоснимок патологического образования, 2–3 фотоснимка, 4–8 снимков, от 6–20, всегда разное. Оптимальное количество изображений, которые необходимо сохранить во время исследования, является предметом дискуссий и среди экспертов. В 2001 году ESGE были разработаны рекомендации по документированию эндоскопических изображений и утвержден перечень минимально необходимых точек фиксации. В соответствии с этими рекомендациями при ЭГДС необходимо выполнять фотоснимки из 10 стандартных точек, а при выявлении патологических изменений — из дополнительных позиций, при колоноскопии — минимум девять фотоснимков из стандартных точек. Японское общество гастроинтестинальной эндоскопии предлагает

Таблица 2
Техническое состояние эндоскопического оборудования на рабочем месте

Оцениваемое оборудование	Состояние оборудования	Процент врачей, согласных с утверждением
Бронхоскоп	Нет в наличии	68
	Удовлетворительное	23
	Хорошее	9
Эзофагогастродуоденоскоп	Плохое	15
	Удовлетворительное	32
	Хорошее	25
Колоноскоп	Нет	17
	Удовлетворительное	53
	Хорошее	30
Видеозендоскопическое оборудование	Нет	57
	Есть в наличии	43

фотодокументацию при ЭГДС из 22 стандартных точек. Всемирная организация эндоскопии предлагает выполнять фотофиксацию во время ЭГДС из 28 точек [8].

Протокол исследования должен быть заполнен обязательно в соответствии с утвержденной эндоскопической терминологией и международными классификациями. Использование валидированных классификационных систем позволяет понятным образом описывать изменения, выявленные при различной патологии, и обеспечивать эффективное взаимодействие врачей различных специальностей (эндоскопистов, гастроэнтерологов, хирургов, колопроктологов, онкологов). При описании эпителиальных патологических образований желудочно-кишечного тракта рекомендовано применение Парижской классификации. В своей практической работе данную классификацию используют лишь 15 % респондентов, 19 % — применяют японскую классификацию S. Yamada, остальные 66 % при заполнении протоколов эндоскопического исследования не пользуются никакой классификацией.

Опыт выполнения биопсий при различных эндоскопических исследованиях

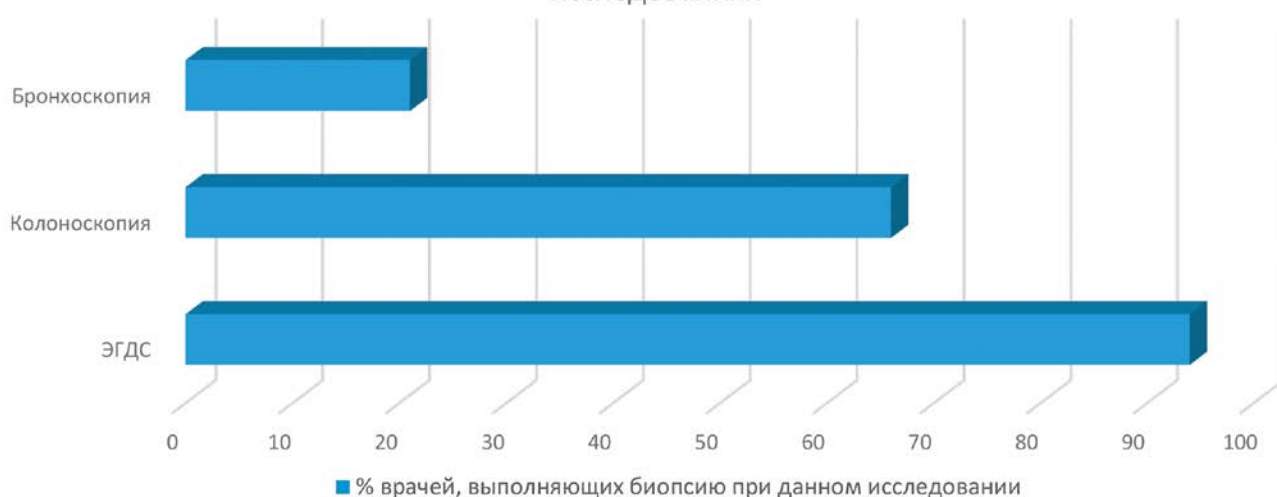


Рисунок 2. Опыт выполнения биопсий при различных эндоскопических исследованиях.

При выполнении эндоскопического исследования важнейшим критерием качества является выполнение биопсии слизистой оболочки для морфологической верификации патологического процесса. Необходимость и последовательность морфологической верификации процесса по всем нозологиям описана в клинических рекомендациях. Однако большинство врачей до сих пор выполняют забор материала только из видимых патологических участков в объеме 1–3 кусочков без соблюдения стандартизированных биопсийных протоколов, что было подтверждено данными опроса. Ни один из опрошенных врачей на вопрос о том, какими нормативными документами руководствуетесь при выполнении биопсии, не указал клинические рекомендации, в которых описаны действующие протоколы биопсии. Пять (11 %) эндоскопистов указали, что руководствуются приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 974н от 6 декабря 2017 года «Об утверждении правил эндоскопических исследований» и приказом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации № 222 от 31 мая 1966 года «О совершенствовании службы эндоскопии в учреждениях здравоохранения Российской Федерации», но ни в одном из них не описаны биопсийные протоколы. Остальные 89 % не вспомнили никаких нормативных документов. Только 3 (6 %) респондентов указали биопсийные протоколы MAPSII и OLGA для пациентов с гастритом. Хотя OLGA не является биопсийным протоколом, а представляет из себя систему гистопатологического стадирования (нужна для морфологов), ответы были засчитаны как положительные, а в процессе тематического образовательного цикла повышения квалификации делались акценты на ошибочные предположения слушателей и все ответы подробно разбирались. В анкете также было предложено еще несколько вопросов, касающихся биопсии: есть ли в эндоскопическом кабинете биопсийные щипцы, их количество на смену; уточнялся опыт выполнения биопсии во время диагностических исследований (рис. 2).

Наибольший опыт (94 % врачей) в выполнении биопсии имеют врачи-эндоскописты при выполнении ЭГДС, наименьший (21 %) – при бронхоскопии. Во многом, по мнению самих врачей, это связано с отсутствием бронхоскопа на рабочем месте или боязнью не справиться с возможным кровотечением после биопсии. Все эндоскопические кабинеты оснащены эзофагогастродуоденоскопами, однако не все (6 % опрошенных) врачи имеют возможность выполнять биопсию в связи с отсутствием биопсийных щипцов или их ограниченным количеством (77 % респондентов) – от 1 до 8. Лишь 17 % врачей описали количество биопсийных щипцов как достаточное (20 и более). При сложившейся ситуации с неполноценным обеспечением кабинета необходимым инструментарием эндоскописты «берегут» щипцы для крайних случаев, когда не выполнить биопсию просто нельзя. Но получается, что основная задача современной эндоскопии, направленная на раннюю диагностику заболеваний, в том числе онкологических, не выполняется! Если учесть, что дежурный диагноз «гастрит» ставится огромному количеству пациентов, стоящих на учете у гастроэнтеролога, и не меньшему количеству, проходящих ЭГДС, имеющих характерные жалобы, но неоднозначную эндоскопическую картину, то им всем необходимо выполнение биопсии согласно требованиям Сиднейской системы или протоколу MAPS II, поскольку гастрит – диагноз не клинический, а морфологический и основан на гистологическом выявлении воспаления слизистой оболочки желудка, а также атрофии и кишечной метаплазии. Всем пациентам, у которых впервые проводится диагностическая ЭГДС, для адекватного стадирования предраковых состояний слизистой оболочки желудка при подозрении на наличие атрофических, метапластических и неопластических изменений рекомендуется проведение биопсии, как для диагностики инфекции *H. pylori*, так и для идентификации стадий атрофического гастрита [9].

Выводы

1. Изношенное состояние имеющегося оборудования и неполноценное оснащение эндоскопических кабинетов амбулаторного звена затрудняют диагностику

заболеваний на ранней стадии, в том числе онкологических. Таким образом, несоответствие текущего оснащения кабинетов современным требованиям влечет за собой невозможность решить основные задачи амбулаторной эндоскопии: качественная диагностика доброкачественной патологии, скрининг предраковой патологии, поиск ранних форм рака с целью малоинвазивного и органосохраняющего лечения.

2. Недостаточный уровень очной подготовки специалистов, особенно с применением симуляционных технологий, низкая научная активность влекут за собой практически полное незнание критериев качества эндоскопических исследований, действующих нормативных документов по специальности «эндоскопия» и формируют у врача не совсем верное понятие о правильной диагностике и лечении патологии только на основе собственного опыта и мнения старших коллег, а не клинических рекомендаций и стандартов оказания медицинской помощи.
3. Наиболее активную позицию по различным проблемам диагностической и лечебной эндоскопии занимает ESGE, однако его рекомендации не носят в Российской Федерации обязательный характер. При этом отмечается дефицит отечественных официальных регулирующих документов, касающихся эндоскопических исследований, в том числе требований в части обеспечения качества данных процедур.

Таким образом, ежедневное активное развитие эндоскопических технологий требует от специалиста не отставать от научно-технического прогресса, регулярно получать актуальные и современные теоретические знания и практические навыки и применять их в своей профессиональной деятельности. Однако это невозможно без инициативы самих практикующих врачей, поддержки руководства бюджетных учреждений здравоохранения и улучшения финансирования, касающегося технической оснащенности эндоскопических кабинетов, которая необходима для полноценной реализации скрининговых программ и соблюдения всех критериев качества эндоскопических исследований.

Список литературы / References

1. Куваев Р. О., Никонов Е. Л., Кашин С. В., Капранов В. А., Гвоздев А. А. Контроль качества эндоскопических исследований, перспективы автоматизированного анализа эндоскопических изображений. *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. 2013 (2): 51–56.
2. Kuvaev R. O., Nikonov E. L., Kashin S. V., Kapranov V. A., Gvozdev A. A. Quality control of endoscopic studies, prospects for automated analysis of endoscopic images. *Kremlin Medicine. Clinical Bulletin*. 2013 (2): 51–56. (In Russ.)
3. Januszewicz W., Kaminski M. F. Quality indicators in diagnostic upper gastrointestinal endoscopy. *Therapeutic Advances in Gastroenterology*. 2020; 13: 1756284820916693. <https://doi.org/10.1177/1756284820916693> eCollection 2020.
4. Dumonceau J. M., Hassan C., Riphaus A., Ponchon T. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline Development Policy. *Endoscopy*. 2012; 44 (6): 626–629. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1291747>
5. Палевская С. А., Щербakov П. Л., Иванцова М. А., Белова Г. В. Клинические рекомендации по эндоскопии как базовые документы в структуре российского и европейского нормативно-правового регулирования: методология, вопросы риск-менеджмента и контроля качества. *Уральский медицинский журнал*. 2019; (9): 101–110.
6. Palevskaya S. A., Shcherbakov P. L., Ivantsova M. A., Belova G. V. Clinical guidelines for endoscopy as basic documents in the structure of Russian and European legal regulation: Methodology, issues of risk management and quality control. *Ural Medical Journal*. 2019 (9): 101–110. (In Russ.) <https://doi.org/25694/urw.2019.09.29>
7. Бурдюков М. С., Ватолин В. М., Петров С. П., Гусев Д. В., Кашин С. В., Королев В. Н., и др. Основные результаты практического семинара «Экспертиза качества медицинской помощи. Информированное добровольное согласие пациента: эндоскопия». *Доказательная гастроэнтерология*. 2020; 9 (4): 102–110.
8. Burdyukov M. S., Vatin V. M., Petrov S. P., Gusev D. V., Kashin S. V., Korolev V. N., et al. Key results of the seminar 'Informed Consent in Endoscopy' organized by experts' association in quality assessment in medical care. *Evidence-Based Gastroenterology*. 2020; 9 (4): 102–110. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/dokgastro20209041102>
9. Галкова З. В., Логунова П. В., Жарова М. Е., Никонов Е. Л. Информированное добровольное согласие в эндоскопии. Примеры протоколов. *Доказательная гастроэнтерология*. 2023; 12 (3): 101–114.
10. Galkova Z. V., Logunova P. V., Zharova M. E., Nikonov E. L. Informed voluntary consent in endoscopy. Examples of protocols. *Evidence-Based Gastroenterology*. 2023; 12 (3): 101–114. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/dokgastro202312031101>
11. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2017 № 974н «Об утверждении Правил проведения эндоскопических исследований». URL: <https://zdravalt.ru/upload/iblock/7f3/974n.pdf> (Дата обращения 19.10.2023).
12. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated December 6, 2017 No. 974n 'On approval of the Rules for conducting endoscopic examinations.' URL: <https://zdravalt.ru/upload/iblock/7f3/974n.pdf> (Date of access: 10/19/2023).
13. Emura F., Sharma P., Arantes V., Cerisoli C., Para-Blanco A., Sumiyama K., et al. Principles and practice to facilitate complete photodocumentation of the upper gastrointestinal tract: World Endoscopy Organization position statement. *Dig Endosc*. 2020; 32 (2): 168–179. <https://doi.org/10.1111/den.13530>
14. Гастрит и дуоденит. Клинические рекомендации. Москва, 2021. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/708_1 (Дата обращения 19.10.2023).
15. Gastritis and duodenitis. Clinical recommendations. Moscow, 2021. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/708_1 (Access date 10.19.2023).

Статья поступила / Received 19.10.23

Получена после рецензирования / Revised 27.10.23

Принята к публикации / Accepted 05.12.23

Сведения об авторах

Баулина Ольга Александровна, к.м.н., декан хирургического факультета, доцент кафедры хирургии и эндоскопии им. проф. Н. А. Баулина¹, E-mail: olga.kosenko@mail.ru. ORCID: 0000-0002-7150-050x

Гуляев Андрей Андреевич, д.м.н., проф., зав. кафедрой хирургии и эндоскопии им. проф. Н. А. Баулина¹, г.н.с. научного отделения неотложной хирургии, эндоскопии и интенсивной терапии², проф. кафедры неотложной и общей хирургии им. проф. А. С. Ермолова³, E-mail: andgulyaev@yandex.ru. ORCID: 0000-0002-6913-0933

¹Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Пенза

²ГБУЗ г. Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н. В. Склифосовского Департамента здравоохранения Москвы»

³ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва

Автор для переписки: Баулина Ольга Александровна. E-mail: olga.kosenko@mail.ru

About authors

Baulina Olga A., PhD Med, dean of Faculty of Surgery, associate professor at Dept of Surgery and Endoscopy n.a. prof. N. A. Baulin¹. E-mail: olga.kosenko@mail.ru. ORCID: 0000-0002-7150-050x

Gulyaev Andrey A., DM Sci (habil.), professor, head of Dept of Surgery and Endoscopy n.a. prof. N. A. Baulin¹, chief researcher at Scientific Dept of Emergency Surgery, Endoscopy and Intensive Care², professor at Dept of Emergency and General Surgery n.a. prof. A. S. Ermolov³. E-mail: andgulyaev@yandex.ru. ORCID: 0000-0002-6913-0933

¹Penza Institute for Postgraduate Medicine – a Branch of Russian Medical Academy for Continuing Professional Education, Penza, Russia

²Research Institute for Emergency Medicine n.a. N. V. Sklifosovsky, Moscow, Russia

³Russian Medical Academy for Continuing Professional Education, Moscow, Russia

Corresponding author: Baulina Olga A. E-mail: olga.kosenko@mail.ru

Для цитирования: Баулина О. А., Гуляев А. А. Соблюдение критериев качества выполнения эндоскопических исследований (социологические аспекты). *Медицинский алфавит*. 2023; (35): 22–27. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2023-35-22-27>

For citation: Baulina O. A., Gulyaev A. A. Compliance with quality criteria for endoscopic examinations (sociological aspects). *Medical alphabet*. 2023; (35): 22–27. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2023-35-22-27>