

Ринат Галеев: «Будущее за высокими»

Главный уролог Министерства здравоохранения Татарстана, Заслуженный врач РТ, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой урологии и нефрологии Казанской государственной медицинской академии Ринат Харисович Галеев в этом году стал лауреатом премии «Лучший врач года в Республике Татарстан». В интервью региональному корреспонденту журнала «Эффективная фармакотерапия в урологии» в Казани Георгию Бармину он рассказал о своей научной и практической деятельности, организации урологической службы в Республике Татарстан.

Главный уролог и член аттестационной комиссии МЗ РТ, с 1998 года член Европейской ассоциации урологов и председатель научного общества урологов Закамского региона Татарстана, член правления Российского общества урологов с 2002 года. С 2004 года возглавляет отделение пересадки почки РКБ. Член редакционной коллегии журнала «Онкоурология». Опубликовано 102 работы, получено 15 авторских свидетельств, сделано 9 рационализаторских предложений. С 25 октября нынешнего года – член Всероссийской ассоциации трансплантологов. Это все о вас. А учеников у вас много?

Мои ученики выполнили и защитили восемь кандидатских и две докторские диссертации. В работе еще шесть, в том числе и выполняемые сотрудниками кафедры. Диссертанты – врачи из городов Волго-Вятского региона.

А себя вы чьим учеником считаете?

Я в медицине с 1971 года. Тогда, после окончания Казанского государственного медицинского института (КГМИ), начал работать врачом урологического отделения в Йошкар-



Оле. Пройдя в 1974 году курс первичной специализации на кафедре урологии Казанского ГИДУВа, окончательно определился в выборе клинической специальности – уролога. Затем окончил ординатуру на кафедре урологии КГМИ. Был заведующим урологическим отделением РКБ, одновременно работал на кафедре урологии КГМИ в должности ассистента. С 1980 года перешел на работу в должности ассистента кафедры урологии и нефрологии Казанского ГИДУВа. В 1985 году защитил кандидат-

скую диссертацию «Реконструктивные операции при вариантных формах почечной артерии». Затем там трудился в должности доцента кафедры...

В 1993 году защитил докторскую: «Цистэктомия и илеоцистопластика у больных раком мочевого пузыря». Я считаю себя учеником выдающегося представителя казанской медицинской школы Ивана Федоровича Харитоновича. Прекрасный знаток топографической анатомии, он в совершенстве владел техникой операций на органах мочеполовой системы,

технологиями, но классическая хирургия никогда не потеряет своего значения»

в том числе и у детей. Он автор монографии «Анатомия мочеточников», получившей высокую оценку ведущих урологов страны. Иван Федорович был к тому же и великолепным человеком, который никогда ни гнушался общаться с начинающим врачом. В клинике находился с семи утра до позднего вечера, такое же ответственное отношение к работе и передал своим ученикам.

Харитонов был одним из лучших учеников знаменитого хирурга Александра Васильевича Вишневецкого, который еще в самом начале прошлого века опубликовал свои первые работы, посвященные вопросам, в то время новой, выделяющейся из хирургии специальности – урологии. Его метод лечения масляно-бальзамическими тампонами до сих пор с успехом применяют при паранефрите, орхоэпидимите, абсцессе простаты и других гнойных процессах. Поскольку Харитонов был учеником Александра Васильевича, можно сказать, что и я являюсь учеником Вишневецкого. Мы – продолжатели традиций Казанской школы урологи, которую отличает в большей степени направленность в отношении хирургических вмешательств.

То есть так же как и много лет назад, ваши коллеги «пускают» пациентов под хирургический нож?

По этому поводу могу привести любопытный пример из своей жизни. Когда я молодым парнем в медицинском институте выбирал специализацию, помню, один из профессоров предупреждал: в хирургию, урологию идти не перспективно. В скором времени необходимость в хирургических вмешательствах будет минимальной. Будущее – за предупре-

ждением болезней. С той поры прошло немало лет, я уже тридцать семь лет в урологии и до сих пор делаю по четыре-пять операций в неделю.

Можно сказать, здесь ситуация, подобная попытке найти границу горизонта: появляются новые технологии и одновременно развиваются методы классической хирургии. Например, при раке мочевого пузыря, если раньше часть его удаляли, то сейчас делаем цистэктомия. Или при аденоме предстательной железы, при ее увеличении до определенных размеров, традиционный хирургический способ лечения ничем не хуже, а может быть, в иных случаях и лучше. Ведь к каждой проблеме нужно подходить индивидуально: смотреть, что лучше, какой способ применить при лечении того или иного больного. Хотя все самые современные методы лечения этой болезни нам сейчас доступны. То же самое можно сказать и о мочекаменной болезни. Оборудование мы освоили самое современное, но практика показала, что не только современный метод дробления всегда бывает наиболее эффективным. Иногда нужно сделать операцию и удалить камень. Здоровый разумный консерватизм в нашем деле необходим. Ведь и при применении самых современных и прогрессивных форм лечения летальные исходы случаются. Конечно, будущее за высокими технологиями, но я лично считаю, что классическая хирургия никогда не потеряет своего значения.

Проблемы урологии находят отражение в национальном проекте «Здоровье»?

Одной из задач цивилизованного общества является создание максимально благоприятных

условий для сохранения здоровья своих граждан. Поэтому прогресс отечественной медицинской науки и практики имеет большое значение. Органо-замещающие и реконструктивные операции человеческого организма, в том числе на органах мочеполовой системы, являются одним из достижений современной медицины и хирургической дисциплины в частности, получившей мощный толчок в своем развитии на рубеже XX и XXI веков.

При реализации национального проекта «Здоровье» урология занимает важное место, так как заболевания органов мочеполовой системы являются одной из ведущих причин снижения качества жизни, инвалидизации и смертности, создают целый ряд проблем социального и экономического характера. В то же время лечение урологических заболеваний в большинстве случаев требует выполнения операций с использованием новейших технологий и современного оборудования. Обеспечивая радикальное излечение пациентов, страдающих тяжелыми урологическими заболеваниями, такими, как опухоли мочевого пузыря, рубцово-сморщенный мочевой пузырь туберкулезной этиологии, мионейрогенными дисфункциями мочевого пузыря, пузырно-влагалищными свищами, стриктурами мочеиспускательного канала на большом протяжении, заболеваниями почечных артерий и терминальными заболеваниями почек, данные методы лечения создают условия для оздоровления активных членов общества и сохранения нации. Помимо гуманитарного значения данного вида помощи, позволяющего сохранять жизнь и здоровье гражданам, очевидна



и социально-экономическая эффективность органозамещающих и реконструктивных оперативных вмешательств по сравнению с длительным, дорогостоящим и малоперспективным традиционным лечением больных с тяжелыми заболеваниями. В результате применения новых означенных методов лечения в общество возвращаются его полноценные члены с сохраненной трудоспособностью, возможностью создания семьи и рождения детей.

В этом году на юбилей Казанской Государственной медицинской академии вы выступили с актовой речью, что является признанием вашей научной и практической деятельности. Это была торжественная речь-приветствие?

Речь о практических вопросах урологии была посвящена органозамещающим и реконструктивным операциям на органах мочеполовой системы. Слово было предоставлено кафедре

урологии и нефрологии Казанской государственной медицинской академии.

Ринат Харисович, вы заведуете этой кафедрой с 1996 года. Помните первые успехи в должности администратора?

У кафедры появилось несколько новых клинических баз: отделение «Неотложной урологии» 6-й городской больницы, «Уроонкологии» Республиканского онкологического диспансера, андрологической базой кафедры является отделение РКБ №2. Подготовлены и внедрены в учебный процесс циклы тематического усовершенствования: «Андрология», «Вопросы уронефрологии», «Внепочечные методы очищения», «Вопросы трансплантологии».

Каковы основные направления научной и практической деятельности кафедры в наши дни?

Увеличился объем эндоскопических и малоинвазивных вмешательств. Следуя требованиям

времени к повышению уровня социальной реабилитации пациентов, разработаны и внедрены в практику здравоохранения новые методы оперативного лечения андрологических и урогинекологических больных. Это, в частности, органозамещающие и реконструктивные операции на органах мочеполовой системы. На сегодняшний день в урологической практике созданы все условия для полного замещения органов: почки, мочеточника и мочевого пузыря. Актуальной остается проблема полного или частичного замещения мочеиспускательного канала. Для замещения мочеиспускательного канала применяют кожу, оболочки яичка, аппендикс и т.д. За последние двадцать лет сотрудниками кафедры урологии и нефрологии была проведена большая работа по разработке и внедрению органозамещающих и реконструктивных операций, таких, как пересадка трупной почки, пересадка от живого донора, пересадка собственной почки, замещение мочеточника и мочевого пузыря, замещение мочеиспускательного канала. Многие операции носят уникальный характер, некоторые выполнены впервые в России и Поволжском регионе. Какие операции наиболее распространены? Самые распространенные операции – полное или частичное замещение мочевого пузыря и мочеточника. В современной урологии очень часто возникает необходимость в таких операциях. Лучшим пластическим материалом для этой цели на сегодняшний день является сегмент кишечника. В онкологической практике в последние двадцать лет широко внедрена операция удаления мочевого пузыря по поводу рака. Качество жизни таких больных, их социальная адаптация зависят от возможности адекватного отведения мочи. Подобные же проблемы возникают и у больных с туберкулезным сморщиванием мочевого пузыря, хроническим интерстици-



Солдат в полном здравии после двух уникальных операций



Медицинская семья и династия:
с супругой Галией (рентген-лаборант)
и сыном Шамилем (к.м.н., ассистент
кафедры урологии КГМА)

альным циститом и при мионейрогенной дисфункции мочевого пузыря. Разработанный на кафедре способ замещения мочевого пузыря изолированным сегментом подвздошной кишки отличается от мировых аналогов максимальным сохранением кровоснабжения сегмента кишки, взятого для формирования мочевого пузыря, особенностями анастомоза между кишечным сегментом и уретрой, позволяющим сохранить естественность мочеиспускания и удержания мочи у пациента.

В урологической клинике Казанской государственной медицинской академии и в других лечебных заведениях за период с 1981 по 2007 годы мне пришлось провести более 350 операций полного или частичного замещения мочевого пузыря и мочеточника сегментом подвздошной кишки. Данная методика операции внедрена в клиническую практику урологического отделения Российского онкологического научного центра, в клиники Москвы, Самары, Екатеринбурга, Уфы, Тольятти, Пензы, Стерлитамака и других российских городов.

В каких случаях замещают мочевой пузырь и мочеточник?

Основная масса операций была выполнена по поводу рака мочевого пузыря, после перенесенной радикальной цистэктомии. Другими показаниями для проведения опе-

рации были состояние после цистпростатэктомии по поводу рака предстательной железы, мионейрогенная дисфункция мочевого пузыря, туберкулез мочевого пузыря, интерстициальный цистит и мочеточниково-пузырно-влагалищный свищ. При последних заболеваниях илеоцистопластика проведена по поводу сморщивания мочевого пузыря без цистэктомии. Возраст прооперированных больных варьировался от 8 до 72 лет.

Ринат Харисович, в прессе было много коротких сообщений о сложных операциях, которые вы сделали молодому солдату, – он получил тяжелые увечья. Расскажите подробнее, что это были за операции и в чем их уникальность?

Это были органозамещающие и реконструктивные операции на органах мочеполовой системы. Сложность заключалась в том, что на момент проведения операции в научных медицинских публикациях были сообщения о возможности замещения уретры слизистой щеки. В доступной нам литературе мы не обнаружили сообщения об одномоментном замещении мочевого пузыря и уретры на большом протяжении. И потому на тот момент, да и сейчас эта операция остается уникальной.

Пациент – молодой человек, получивший тяжелую травму во время прохождения срочной военной службы. Из анамнеза заболевания было установлено следующее. Политравма с переломом костей таза и бедра, разрывами мочевого пузыря, сигмовидной кишки и уретры при ДТП во время службы в вооруженных силах РФ в 2002 году. Получал лечения в госпиталях Владикавказ, Ростова-на-Дону, Подмоскovie и лечебных учреждениях Казани. За четыре года перенес восемь операций по поводу перенесенной травмы, ее последствий и осложнений.

В ноябре 2006 г. он поступил в урологическое отделение Республиканской клинической

больницы МЗ РТ с диагнозом стриктура перепончатого, луковичного и промежностного отделов уретры протяженностью 5,5 см. Эпицистостома, микроцистис. Двусторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс, вторичный двусторонний уретерогидронефроз первой стадии. Вторичные камни мочевого пузыря и задней уретры. Двусторонний пиелонефрит, цистит и простатит в фазе латентного воспаления.

После тщательной подготовки больного, заключающейся в удалении камней из мочевого пузыря и задней уретры, а также консервативной терапии, направленной на ликвидацию воспалительных процессов мочевой системы, пациенту сначала был сформирован новый мочевой пузырь из участка подвздошной кишки. Операция прошла успешно, однако из-за имеющейся стриктуры уретры большой был обречен на необходимость опорожнения мочевого пузыря через эпицистостомическую трубку.

Из-за тяжелого и протяженного повреждения мочепускающего канала проведение типичных операций, выполняемых при травмах уретры, оказалось невозможным, а результат был бы неудовлетворительным. В связи с этим больному была выполнена операция по формированию мочепускающего канала из свободного лоскута слизистой нижней губы.

На уретрограммах больного после формирования мочепускающего канала определялась хорошая проходимость уретры. 12 марта 2007 г. после двух сложнейших высокотехнологичных реконструктивных операций: формирования искусственного мочевого пузыря и уретры – больной был выписан в удовлетворительном состоянии с полностью восстановленным мочеиспусканием, а наблюдение за пациентом в последующий год продемонстрировало очень хорошие результаты проведенного лечения. 