

Александр Гудков: «Я уже давно



Александр Владимирович, сколько лет болезням урологического профиля в Томской области и на какие годы пришлось становление специализированной урологической службы?

Эти заболевания, наверное, были всегда, вопрос в том, когда их начали лечить. Принято считать, что в Сибири урология как наука берет начало 4 августа 1888 г., когда повелением Александра II в Томске открылся Императорский университет, в составе которого и состоял лечебный факультет. Уже тогда, в конце XIX-начале XX вв., томские ученые успешно выполняли такие сложнейшие операции, как удаление нижней конечности с половиной таза по поводу далеко зашедшей саркомы, иссечение мочевого пузыря грыж, подшивание подвижной почки, полное иссечение предстательной железы с иссечением семенных пузырьков и двух третей прямой кишки при раке, фаллоуретропластика и фаллопротезирование, опера-

ции по пересадке мочеточников в прямую кишку с образованием мочевого пузыря из фрагмента толстой кишки, работы по восстановлению полового члена и уретры у 3-летнего ребенка после острой травмы возле передней брюшной стенки (это была первая работа в мире, выполненная Н.А. Богоразом в 1910 г.).

В Томске накоплен самый большой в России опыт лечения больных с сосудисто-чашечно-лоханочными конфликтами; разработана оригинальная методика консервативного лечения нефропоза; достигнуты значительные успехи в выполнении реконструктивно-пластических операций на верхних и нижних мочевых путях, а также половых органах у детей; проводятся исследования по выявлению причин и разработке оптимальных методов лечения нарушений мочеиспускания у женщин; совместно с учеными Томского политехнического университета решаются проблемы профилактики и лечения мочекаменной болезни. Открытия томские ученые-урологи продолжают

осуществлять и сегодня. Я знаю, что в муниципальном учреждении – медсанчасти № 2 – работает литотриптор, который был спроектирован томскими учеными. Оправдал ли он те надежды, которые на него возлагали?

Да, в свое время (три года назад) это был эксперимент всероссийского масштаба – создание первого российского электроимпульсного литотриптора «Уролит», действие которого основано на разрушении камня под воздействием электрического разряда наносекундной длительности. В 2006 году были завершены его испытания. Литотриптор апробировался по заданию Министерства здравоохранения в клиниках Сибирского государственного медицинского университета, второй медсанчасти, так как эта МСЧ – база кафедры урологии, в Томском военно-медицинском университете, в Москве – госпитале имени Бурденко и в Центральном институте урологии. Испытания подтвердили, что это уникальный аппарат, своим появлением он продвинул новый подход к

бью в колокола»

эндоскопическому дроблению камней. Применение контактной электроимпульсной литотрипсии по результатам эксперимента оказалось менее травматичным для окружающих тканей. Еще одно достоинство этого метода заключается в том, что он позволяет увеличить эффективность контактного дробления камней мочеточника за счет фиксации конкремента в корзинке, что предотвращает вероятность миграции конкрементов в лоханку под воздействием ирригационной жидкости и образования «каменной дорожки», кроме того значительно сокращается время операции и время пребывания пациента в стационаре. Литотриптор был создан совместно с израильской фирмой «Литотех-медика», томским НИИ материаловедения и ведущими урологами Томска. Аппарат, разработанный в Томске, ничем не уступает импортным, а по некоторым параметрам даже превосходит зарубежные. Зонд – инструмент, который непосредственно контактирует с камнем, у нас гибкий. С его помощью можно использовать гибкие эндоскопы и непосредственно разрушать камни не только в мочевом пузыре, мочеточнике, но и в любых отделах самой почки (что не всегда возможно, используя импортные аппараты). Сейчас он выпускается в Томске, и уже стало понятно, что этот аппарат очень эффективный. Он успешно используется во многих урологических стационарах. По своим характеристикам наш литотриптор превосходит многие зарубежные образцы, а по цене он естественно ниже. Но у нас не хватило денег на полную раскрутку этого аппарата и его бренда. Сейчас им заинтересовались за рубежом. В частности, в Индии. Я ездил в эту страну и демонстрировал работу литотрип-

тора в ведущем урологическом госпитале. Им заинтересовалась и очень известная фирма по выпуску урологической аппаратуры – швейцарская компания «EMS» («Electro Medical System»). По-видимому, наш литотриптор ждет большое будущее, и когда-нибудь он будет широко представлен и в мире. Это очень приятно. Но это не единственная разработка наших ученых. На кафедре урологии СибГМУ за последние 20 лет было получено 18 патентов на изобретения. Ученые Сибирского государственного медицинского университета одни из первых в стране (с 1985 г.) стали исследовать возможности применения металлоконструкций из никелида титана в урологии. Недавно я был на конгрессе урологов США, где была выставка фирмы «Кук» – это самая престижная фирма по выпуску урологических аксессуаров, катетеров. Половина продукции «Кук» – это разработки томских ученых. Я был на заводе, где выпускают эту продукцию, говорю: «Томское!», мне отвечают: «Нет, уже не томское...» С одной стороны, это гордость – смотрю, что выпускают наши, томские петли, а с другой стороны – несколько обидно...

Насколько распространены в Томске болезни урологического профиля? Сколько на сегодняшний день «ваших» больных по области?

Примерно 10% пациентов томских больных – это больные урологического плана. Но эти данные очень разнятся, к сожалению, точной статистики сегодня нет. Потому что отдельная статистика по этой нозологии не ведется ни в Министерстве здравоохранения, ни в Департаменте здравоохранения Томской



Клиники СГМУ –
альма-матер для будущих врачей

области. Скажу, что в среднем 6000 человек в год лечится в урологических стационарах Томской области. Не во всех центральных районных больницах есть урологические койки. Не везде лечением урологических больных занимаются урологи. Удивляет, что эта позиция полувековой давности, когда урология считалась субспециальностью, до сих пор имеет место быть. Сложно подсчитать количество урологических больных и поэтому, что онкоурологические больные идут в статистике как онкологические, с сосудистыми заболеваниями почек, половых органов – как сердечно-сосудистые. Поэтому чисто урологических больных по официальной статистике очень мало. У меня есть данные по другим регионам – там от 8 до 12% всех больных – это пациенты урологического плана. Общее количество больных остается примерно на одном уровне.



Городская больница № 3 и медсанчасть № 2 – это муниципальные учреждения, которые несут основную нагрузку по оказанию экстренной помощи в Томске. Плановую помощь оказывает урологическая клиника СибГМУ. Сегодня на первом месте находятся воспалительные заболевания почек (острые и хронические пиелонефриты), мочекаменная болезнь и заболевания мочевого пузыря – циститы, аденомы простаты и простатиты. Из «современных» заболеваний – опущение почек, оно сейчас очень распространено среди молодых девушек, которые стараются усиленно худеть. При серьезных физических нагрузках и одновременном похудании происходит опущение почек, что иногда требует хирургической коррекции. Мы стараемся исправлять нефроптоз консервативно. Серьезные опасения у нас вызывает опасение по увеличению онкологии. За два года количество больных раком простаты выросло почти в три раза. Пока это заболевание занимает в России четвертое место среди

всех раковых заболеваний (после рака желудка, легких и рака кожи), судя по динамике роста, оно скоро выйдет на первое место. Но я могу судить только по муниципальным и областным стационарам: так как часть наших больных идет в профильные НИИ, то статистика страдает.

Действительно ли рак простаты в Томской области в три раза выше общероссийского уровня?

В Томске рак простаты действительно выше общероссийского уровня, но не в три раза. При общероссийском показателе 34 на 100 000 населения, у нас 41 на 100 000. То, что рак простаты у нас более распространен, чем у соседей, связано с тем, что в Томской области самый высокий уровень выявления рака простаты на ранней стадии. Плюс исследования специального антигена простаты, это одно из необходимых исследований, оно сейчас вошло в программу обязательного медицинского страхования и проводится бесплатно. Теперь мы сравнялись с Францией, где это тоже делается бесплатно. Кстати, в мегаполи-

сах этот показатель еще выше. Уровень заболеваемости раком простаты в последнее время повысился у Омска и в Алтайском крае, раньше в этих регионах он был 14-16.

Раньше Вы сравнивали рак простаты с айсбергом, в том смысле, что специалистам видна только его вершина. Я правильно понимаю, что сейчас ситуация изменилась?

Да, это так, сейчас выявление заболевания на более ранней стадии повысилось. Если в 2005 году в стационарах Томской области было 65 больных раком простаты, то в 2006 г. – уже 85, а в 2007 – 123! Такая же стремительная динамика заболеваемости и раком почки. В 2005 году было прооперировано 82 пациента, в 2006 г. – 97, а в 2007 – 170 больных.

Вообще рак простаты везде в высокоразвитых странах стоит на первом месте. Исключение составляют только страны низко-развитые или прибрежные. Так, это не актуально для Китая, Тайланда, Японии. Это связано, я считаю, с особенностями национальной кухни. Россия по распространенности этого заболевания скоро сравняется по цифрам с Европой и Америкой, и эта проблема может стать проблемой номер один. Неслучайно две трети докладов на Всероссийской конференции урологов, которая 18-19 сентября 2008 года проходила в Томске, были посвящены раку простаты. Я уже давно по этому поводу бью в колокола. Ведь эти цифры мы прогнозировали еще 10 лет назад! Поэтому сегодня надо создавать онкоурологическую службу. Сейчас у нас в практическом здравоохранении на весь регион, на один миллион населения, единицы онкоурологов! Они работают в клиниках Сибирского государственного медицинского университета и стационаре областного онкодиспансера. Разве они могут прооперировать и вылечить всех нуждающихся?!



Урологическое отделение МКЛПМУ «Городская больница № 3» – форпост практической урологии

Сейчас в здравоохранении идет тенденция укрепления материальной базы. Коснулась ли она урологической сферы?

Сейчас медленно и верно оснащаются оборудованием отделения, мы овладеваем новыми методиками, в результате увеличивается оборот койки. Если средний койко-день совсем недавно был 21, сейчас 7,5. Но и количество больных на одного врача увеличилось почти в три раза. В нашей отрасли сейчас острая нехватка кадров. По области работает всего 64 уролога. Ликвидированы урологические приемы в районах – в частности, в городах Колпашеве и Асине, селе Тогур... Это последствия тяжелых 90-х. Но жизнь показала, что это было сделано зря. Ведь пациенты с мочекаменной болезнью как были, так и остались, а лечить их в радиусе 200-300 километров некому! Я надеюсь, что в будущем эта проблемы решится. Главные врачи больниц сегодня понимают, что при всей важности первичного звена без узких специалистов сегодня не обойтись.

Что касается комплектации отделений новым оборудованием, то 22 года я главный внештатный специалист по урологии в Томской области, но ни разу не был заслушан вопрос об урологической службе на коллегии областного департамента здравоохранения! Не всегда со мной консультируются по оборудованию: какую технику приобрести, куда ее направить и как оснастить, чтобы не было дублирования, чтобы учитывалась специфика стационаров. Сейчас острая нехватка в больницах области эндоскопического оборудования. Нет ни одного аппарата для чрескожных операций на почках. Что-то покупается, но не всегда, то, что требуется урологам и не туда, где оно требуется. Я приведу пример: чтобы эндоскопическая операция по поводу аденомы простаты выполнялась хорошо, было меньше осложнений, нужен доктор, который

сделал бы не менее ста подобных операций. У нас примерно в десять стационаров поставили оборудование для хирургического лечения аденомы простаты. Так, в области даже нет столько врачей, чтобы каждый сделал хотя бы по 50 операций! К чему такое перевооружение привело? Оборудование простаивает, большие деньги потрачены, и самое главное – страдают от этого пациенты!

При этом в Томской области нет ни одного аппарата для чрескожных, малоинвазивных операций на почках. Таких примеров, к сожалению, можно привести много.

Вы не первый год говорите о необходимости открытия детского урологического отделения в Томске, на какой стадии находится решение этой проблемы?

Это еще одна колоссальная проблема – в области нет ни одного детского урологического отделения. Те койки, которые имеются, не могут закрыть реальную потребность. Сейчас действует постановление департамента здравоохранения, что детей с урологической патологией ведут хирурги. Это не правильно. Научная база по детской урологии у нас крепче, чем у соседей, но практическая – гораздо ниже. По созданию специализированного детского отделения есть препоны со стороны местных чиновников. Кто не хочет делать, тот всегда найдет повод не делать.

Александр Владимирович, что нужно, на Ваш взгляд, томской урологии, чтобы максимально хорошо оказывать медицинскую помощь населению?

Нужны преобразования, отвечающие требованиям сегодняшнего дня. Если в советское время это можно было сделать легко, то сейчас из-за ведомственного разделения это сделать непросто. Я имею в виду то, что все стационары делят на городские, областные, федеральные...



Операционная кафедры урологии. За руками А.В. Гудкова следят десятки глаз: на каждой операции профессора присутствуют студенты

Из-за этих межведомственных проволочек возникают многие барьеры и сложности. И еще одна злободневная проблема – острая нехватка квот (это касается не только урологии, но и других отраслей медицины). Как в театре абсурда: мы здесь, в Томске, можем сделать уникальные операции, которые делают не в каждой больнице России и не в каждой клинике мира. Мы можем это сделать, но для этого нужны деньги на материалы и на медикаменты. У клиник их нет. Мы посылаем пациента в Департамент здравоохранения Томской области, там человеку говорят: «Квот нет, мы можем Вас послать в Москву, и там Вам сделают операцию бесплатно». Вот такая вилка получается. А нам, врачам, больно смотреть на родителей тех детей, которым де-факто мы можем оказать помощь, но де-юре – нет, благодаря парадоксам российской системы здравоохранения. 