

Григорий Голод: «Уровень урологического



Главный уролог Департамента здравоохранения Тверской области Григорий Борисович Голод руководит урологическим отделением ГУЗ «Областная клиническая больница» более тридцати лет. Практически его стараниями формировалась урологическая служба региона. В интервью региональному корреспонденту журнала «Эффективная фармакотерапия в урологии» Татьяне Тюриной Григорий Борисович рассказывает о региональной службе урологической помощи, бесконечных хозяйственных заботах по поддержанию вверенного ему подразделения в надлежащем виде, ежедневных напряженных буднях практикующего хирурга. В настоящее время среди урологических отделений региональных больниц ЦФО отделение, которым руководит Григорий Борисович, по показателям работы входит в первую десятку. За долготелный и безупречный труд на ниве здравоохранения Г.Б. Голод награжден орденом Михаила Тверского.

Борис Григорьевич, расскажите о структуре урологической службы региона.

Урологическая помощь в Тверской области оказывается, в первую очередь, в стационарном урологическом отделении областной клинической больницы (45 коек), которым я руковожу, в МУЗ «Городская больница № 7» в Твери (отделение на 55 коек), в урологическом отделении ГУЗ «Тверской областной клинический диспансер» на 40 коек, в урологическом отделении ГУЗ «Областная детская клиническая больница» (40 коек). Если к урологической симптоматике присоединяется туберкулезная инфекция, мы направляем больных во фтизиоурологическое отделение областного туберкулезного диспансера во Власьево. Кроме того, урологических больных из районов области принимают два межрайонных урологических отделения в ЦРБ Вышнего Волочка на 15 коек и Ржева на 10 коек. В поликлиниках ЦРБ шести районов области – Ржевского, Вышневолоцкого, Конаковского, Калязинского, Кашинского и Калининского – урологи ведут амбулаторный прием. В осталь-

ных 30 районах урологов нет, поэтому больных с урологической симптоматикой принимают и хирурги, и терапевты. Если у районных больных выявляют хирургическую патологию – камни в мочевом пузыре, мочеточнике и т.д., гидронефроз, врожденную урологическую патологию, их направляют к нам. Никаких обследований, кроме УЗИ, в районах не проводится. Исключение – Вышний Волочек, где проводится контрастное исследование почек. Надо сказать, что не всегда работа межрайонных отделений ведется на высоком уровне. Так, не очень благополучно в настоящее время обстоят дела во Ржеве. Заведующий отделением хирург работает на полставки в отделении и на полставки в поликлинике, делает около 50 операций в год, не очень сложных, на нижних отделах мочевых путей. Остальные операции он не делает, отправляет больных к нам. А когда-то там было отделение на 30 коек, им заведовал прекрасный специалист, оно было загружено. В то же время к работе урологического отделения в ЦРБ Вышнего Волочка у нас

претензий нет. Конечно, усугубляет проблему кадрового дефицита в глубинке уравнильный подход при начислении заработной платы хирургам. Хирург, сделай он 500 операций в год, получает наравне со своим коллегой, делающим 50 операций. У специалистов нет стимула, чтобы много оперировать. Хотя большую роль, конечно, играет отношение человека к делу, его заинтересованность в профессиональном росте. Вот появился в Торопце новый заведующий хирургическим отделением, прошел в нашем отделении курс урологии, теперь делает многие урологические операции, мы его консультируем. Конечно, организация урологической службы в районах оставляет желать лучшего. Вся беда в том, что во многих районах (а всего в области 36 муниципальных образований) нет урологов. Даже те из выпускников Тверской государственной медакадемии, которые проходят ординатуру в урологическом отделении ГУЗ «ОКБ», к сожалению, не рвутся работать в сельской местности. Раньше, в советские

здоровья определяет качество жизни»

времена, выпускники отрабатывали в районе три года по распределению, и хотя бы 5-10% из них оставались работать на селе. Сейчас выпускники Тверской медакадемии трудоустроиваются сами, преимущественно в частные клиники, многие даже не по специальности. Главные врачи районных больниц, формирующие штатное расписание, и рады бы ввести хотя бы полставки уролога, но где же они найдут такого специалиста, который согласился бы к ним приехать? Недостатки работы урологической службы в районах обусловлены не только кадровым дефицитом, но и отсутствием в центральных районных больницах современного оборудования.

Я выскажу свое мнение о том, как можно решить кадровую проблему: тот, кто учится в вузе за плату, – по окончании пусть сам ищет себе место, а тот, кто поступает в вуз на бюджетной основе, обязан возместить расходы государства, если не хочет их отрабатывать. Эта проблема поднималась наверху не раз, но там никак не могут прийти к общему знаменателю.

Каков профиль вашего отделения?

К нам поступают больные с урологической симптоматикой, которым необходимо хирургическое вмешательство. Пациентов, у которых выявлены воспалительные заболевания урологической сферы, нуждающихся в терапевтическом лечении, мы направляем в нефрологическое отделение нашей больницы. Число больных в нашем отделении остается примерно на одном уровне. В 2007 г. через наше отделение прошли 1120 больных и было проведено 545 операций, а в 2008 г. мы обследовали 1226 больных и сделали 579 операций. Операционная активность среди урологических подразделений у нас самая высокая в

области – 50%, а, к примеру, в городской больнице № 7 – 22-24%.

Какие новые медицинские технологии освоены специалистами отделения, как можно охарактеризовать его оснащение оборудованием?

В прошлом и в этом годах в рамках национального проекта «Здоровье» мы получили новое современное оборудование: операционный комплекс для эндоскопических вмешательств с лазерным оборудованием. Недавно трое врачей нашего отделения обучились работать на этом оборудовании в Москве. Курсы повышения квалификации наши специалисты проходят ежегодно в НИИ Урологии или в Институте усовершенствования врачей ФГУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию. В одних случаях обучение финансирует Минздравсоцразвития, а в других – наша больница. Прогресс в хирургических технологиях налицо. Раньше мы не занимались пузырно-влагалищными свищами у

женщин, а в последние шесть-восемь лет мы уже не направляем таких больных в Москву, сами освоили технологию таких операций. В прошлом году мы прооперировали семь женщин с таким диагнозом.

Самые распространенные операции, которые мы делаем в отделении, при аденоме предстательной железы у мужчин. Число больных аденомой предстательной железы увеличивается, она помолодела. Если раньше симптомы заболевания проявлялись в основном у мужчин в возрасте 60-80 лет, то сейчас – уже в 50-60 лет. Раньше при этой патологии мы проводили традиционные хирургические операции, а в последние годы мы оперируем таких больных методом трансуретральной резекции (через мочеиспускательный канал) с помощью современной лазерной аппаратуры. Если обычные хирургические операции мы проводили в два этапа, то эндоскопическое вмешательство не требует повторных манипуляций, к тому же по сравнению с обычными хирургическими операциями они имеют гораздо меньший травма-



Палата урологического отделения ГУЗ ОКБ Тверской области

тический эффект. Среднее число койко-дней на одного пациента с аденомой предстательной железы при этом методе в два раза меньше, чем при обычных операциях. Если раньше мы выписывали таких больных через 15-20 дней после операции, то сейчас – через 5-10 дней. И экономический эффект есть: стоимость таких вмешательств меньше, чем обычных хирургических. Такие операции делают в области только у нас. Благодаря новому оборудованию экономия койко-дней на одного пациента достигается и при проведении других операций.

Одна из распространенных патологий урологической сферы – мочекаменная болезнь. Мы оперируем больных с камнями в почках, мочеточнике, мочевом пузыре. Делаем пластические операции с хорошими результатами при врожденной патологии – например, при сужении мочеточника. Правда, в некоторых случаях – в частности, мы не делаем сложные пластические операции на тонком кишечнике, – мы отправляем больных в

Москву.

Большинство урологических операций у женщин мы делаем по поводу мочекаменной болезни и воспалительных заболеваний мочевого пузыря, также по эндоскопической технологии. Суть операции состоит в том, что подшивается специальная сетка между влагалищем и мочевым пузырем, чтобы ликвидировать недержание мочи. Операция длится не больше 40 минут, больная уходит домой через 3-4 дня. Раньше после полостной операции такие пациентки выписывались через 10-12 дней. Онкологических больных: с раком почки, мочевого пузыря, предстательной железы, и очень редко – раком полового члена и яичка, – мы направляем в ГУЗ «Тверской областной онкодиспансер».

С проблемами урологии тесно связаны проблемы сексуального здоровья, как женского, так и мужского. Что можно сказать по этому поводу?

Многие пациенты-мужчины на фоне аденомы предстательной

железы, помимо обычных жалоб – три-четыре ночных позыва, слабая струя при мочеиспускании, неполное опорожнение мочевого пузыря, – предъявляют также жалобы на мужское бессилие. Таких больных мы отправляем на консультацию к андрологу. Причем проблема мужской импотенции помолодела: если раньше средний возраст пациентов, предъявляющих жалобы на мужскую несостоятельность, был за 60 лет, то сейчас не редкость, когда такие жалобы предъявляют больные начиная с 18-25 лет. Лично я убежден, что в большинстве случаев корни проблемы импотенции кроются не в физиологии, а в психологии, поэтому таким больным необходима консультация психотерапевта. В целях профилактики аденомы предстательной железы мужчинам после 50 лет каждый год необходимо показываться урологу и делать анализ на ПСА, так как явных симптомов онкологического процесса может и не быть. Существует распространенный стереотип: если у мужчины простатит, то он уже не мужчина. И хотя этот стереотип активно поддерживает реклама препаратов для лечения простатита, это далеко не так. Чтобы подтвердить этот диагноз, нужно пройти обследование: сдать на анализ сок предстательной железы, сделать УЗИ. Простатитом страдают мужчины в более молодом возрасте – до 50-60 лет, в отличие от аденомы предстательной железы, которая поражает мужчин 55-60 лет и старше. Тактика лечения этих заболеваний разная. До 50 операций в год мы делаем по поводу бесплодия у мужчин при врожденной патологии – варикоцеле (расширении вен семенного канатика). Считается, что эта причина обуславливает 40% случаев мужского бесплодия. Таких больных нужно выявлять еще в детском возрасте – у мальчиков 4-5 лет. Их надо оперировать раньше, чем завершится процесс полового созревания. Все юноши должны проходить медосмотр в школе. Урологи из детской больницы ежегодно посещают школы



В операционной урологического отделения ГУЗ ОКБ Тверской области

областного центра и также выявляют этих больных. Обычно операции по поводу варикоцеле подросткам в 12-14 лет в качестве профилактики бесплодия делают в ГУЗ «Детская областная клиническая больница».

Тем не менее, когда меня приглашали участвовать в медосмотре в школах областного центра, то бывало, что в 8-10-х классах мы выявляли случаи этого заболевания. Несмотря на диспансеризацию, которая по правилам должна проводиться во всех школах, мы обнаруживаем запущенные случаи заболеваний. Исходя из практики работы нашего отделения, если у пациента варикоцеле обнаруживают в возрасте 30-32 лет, и у него нет детей, то вероятность, что он станет папой после операции, почти нулевая.

Как повышают уровень профессионализма районные урологи?

Ежегодно мы ездим в районы, читаем лекции по урологии для хирургов, участковых терапевтов, врачей фельдшерско-акушерских пунктов и врачей общей практики в крупные районы: Ржев, Кашин, Калязин, Торопец, Конаково. Один раз в год мы выезжаем в эти районы урологической бригадой, в составе которой урологи, андрологи и нефрологи – специалисты ГУЗ «ОКБ».

Надо сказать, что, по моему мнению, семейная медицина не оправдывает возложенных на нее ожиданий. А ведь врачи общей практики получают высокую зарплату, проходят курс повышения квалификации на специальном факультете Тверской государственной медицинской академии. На лекциях я часто задаю им простой вопрос: «Предположим, у больного задержка мочи. Что вы будете делать? Вы сможете поставить ему катетер?», а в ответ слышу: «Нет, мы его отправим в ЦРБ». «Да у него мочевого пузыря лопнет, пока вы его везете по вашим дорогам, – возворю им я, – в этом случае нужно проколоть живот в области мочевого пу-

зыря иглой». Даже промыть уши от серной пробки пациенту эти специалисты не могут, – отправляют его к лор-врачу.

Много вопросов также вызывает работа специалистов частных клиник, в которых больные делают УЗИ. Где учатся и сертифицируются эти специалисты? Часто бывает, что к нам приходят больные с одним заключением после ультразвукового исследования, а специалист нашей больницы на УЗИ-аппарате видит совсем другие процессы, происходящие в организме больного.

Какие проблемы существуют в работе урологического отделения?

Нам уже давно необходим ремонт. В прошлом году на нижних этажах нашей больницы, в отделении платных услуг ремонт был проведен. До ремонта картина была унылая: облупленная краска на стенах, старая, протекающая сантехника.

Наше отделение нуждается в литотрипторах для дробления камней, старый уже отслужил свой срок – работает 20 лет. Также нам нужен свой аппарат УЗИ, чтобы больные при поступлении не ждали своей очереди на ультразвуковое исследование 3-4 дня, как сейчас. Получение аппарата для контактной литотрипсии у нас запланировано на декабрь этого года, но в связи с кризисом могут быть всякие неожиданности.

Кое-что нам помогают делать редкие спонсоры. К примеру, стеклопакеты в отделении мы поставили с их помощью.

Григорий Борисович, каковы наиболее распространенные причины развития урологических заболеваний, какие рекомендации в плане их профилактики вы, как специалист, можете дать?

Причины воспалительных заболеваний урологической сферы – переохлаждение и застой крови в малом тазу. Для сохранения здоровья урологической сферы необходима двигательная активность. Хотя урологические

воспалительные заболевания часто бывают вторичными и сопровождаются гинекологической или другой патологией. Так, причину врожденных и воспалительных циститов у женщин чаще всего должен искать врач-гинеколог. Также первопричина может крыться в туберкулезной инфекции.

Одна из причин воспалительных заболеваний урологической системы – алкоголь. Нередки случаи, когда после обильных возлияний вечером мужчины ложатся спать, а на следующий день попадают к нам в отделение с симптомами задержки мочи. Так получается потому, что ночью кровь приливает к органам малого таза, возникает отек предстательной железы, и моча перестает выводиться из организма. Как показывает практика, у таких пациентов раньше уже наблюдалось неполное опорожнение мочевого пузыря, тем не менее они никогда не обращались.

Урология – достаточно деликатная область. Наши люди вообще не любят лечиться, а больные с урологическими симптомами – вдвойне. Они стесняются обращаться к специалисту, особенно мужчины оттягивают визит к врачу до последнего момента, рискуя своим здоровьем.

Для постановки верного диагноза урологическому больному необходима полная откровенность со стороны пациента. Как говорил профессор Г.А. Захарьев, 80% диагноза – это анамнез и беседа с больным. А у врачей, как правило, не хватает времени для обстоятельного разговора. В молодости у меня, как у хирурга на амбулаторном приеме, была нагрузка 12 человек в час. Сейчас стараются соблюдать нормативы приема на одного больного, но все равно врачи работают в напряженном режиме. А ведь уровень урологического здоровья определяет качество жизни: ее сексуальный аспект, психологическое состояние и душевный настрой, и в конечном итоге жизненную активность и долголетие. 