



Ю.Г. АЛЯЕВ: «Будущее урологии – за новыми технологиями»



По данным ВОЗ, 80% информации для постановки диагноза любого заболевания дают лучевые методы исследования. Пути совершенствования диагностических и лечебных методик в урологии на основе новейших лучевых технологий были рассмотрены в рамках научно-практической конференции с международным участием «Лучевая диагностика и научно-технический прогресс в урологии». Одним из организаторов конференции выступил НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Мы встретились с директором института, заведующим кафедрой урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, членом-корреспондентом РАМН, профессором Юрием Геннадьевичем АЛЯЕВЫМ.

– **Юрий Геннадьевич, кому принадлежит инициатива проведения подобной конференции?**

– По предложению ректора нашего вуза, профессора, члена-корреспондента РАМН П.В. Глыбочко, кафедра урологии, которой я руковожу, и кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии, возглавляемая академиком РАМН, профессором С.К. Терновым, приняли решение провести в 2011 г. междисциплинарную конференцию, посвященную лучевым методам диагностики в урологии. В этом начинании нас поддержал председатель Российского общества урологов, академик РАМН, профессор Н.А. Лопаткин. Дело в том, что обе дисциплины – и урология, и лучевая диагностика – благодаря бурному развитию научно-технического прогресса и появлению новейшей аппаратуры, используемой как в диагностических, так и в лечебных целях, претерпели в последние два десятилетия колоссальные изме-

нения. В связи с этим возникла настоятельная необходимость скоординировать действия врачей обеих специальностей, учитывая новые возможности, которые дают современные технические разработки в области лучевой диагностики.

– **В программном докладе Вы подробно рассказали о том, как применяется лучевая диагностика в урологии.**

– Сегодня положительный конечный результат работы уролога во многом зависит от эффективности его взаимодействия с рентгенологом. Уролог нуждается не только в точно поставленном диагнозе, но и в информации, которая поможет ему выбрать тактику лечения, характер операции, если таковая предполагается, а также технологию ее выполнения. В большинстве случаев благодаря современной аппаратуре постановка диагноза не вызывает серьезных затруднений, например, ультразвуковое исследование по-

зволяет врачу определить, есть ли в почке камни. Однако для уролога знать только место расположения и размер камня недостаточно, потому что дальнейшие его действия напрямую зависят от плотности обнаруженного конкремента. Если камень рыхлый (до 1000 единиц Хунсфилда), то больному назначат дистанционную ударно-волновую литотрипсию, если плотный (больше 1000 единиц Хунсфилда) – конкремент целесообразно разрушить с помощью контактного электро-механического или ультразвукового воздействия.

Нередко при нефролитиазе, выполняя ультразвуковое исследование или компьютерную томографию, лучевой диагност выявляет заболевание рядом расположенных органов. Например, при спиральной компьютерной томографии рядом с камнем почки обнаружена аневризма аорты. Проведение дистанционной литотрипсии у такого больного чревато возможностью повреждения анев-



Актуальное интервью

ризм, что может привести к смерти пациента на операционном столе от потери крови. Предупредить такое развитие ситуации хирург может лишь с учетом имеющейся информации об аневризме аорты.

– В результате научно-технического прогресса не только значительно возросли возможности диагностики, но и кардинально изменились способы лечения многих урологических заболеваний.

– Действительно, еще совсем недавно при мочекаменной болезни для удаления конкрементов приходилось в ходе открытого хирургического вмешательства делать разрезы 20–30 см. Это весьма травматичная операция, она сопровождается длительным периодом реабилитации. Сейчас на смену открытым операциям пришли менее травматичные малоинвазивные методы, такие как дистанционная и контактная литотрипсии. В последнее время чаще стал использоваться контактный метод. Это обусловлено тем, что при дистанционной литотрипсии не всегда удается достичь достаточной фрагментации камня и крупные осколки либо длительно отходят, либо закрывают просвет мочеточника и вызывают атаку пиелонефрита.

В лечении новообразований почки тоже произошли большие изменения. Если раньше диагноз «рак почки» чаще всего подразумевал нефрэктомия, то в последнее время широкое распространение получили органосохраняющие операции. Это стало возможным благодаря внедрению в широкую практику ультразвукового исследования и компьютерной томографии, которые позволили выявлять новообразования размером 2–3 см в диаметре. У таких пациентов проводится резекция почки с опухолью в пределах здоровых тканей, сохраненная часть почки будет продолжать функционировать. При аденоме простаты активно применяется такой малоинвазивный метод, как трансуретральная резекция, открытые операции осуществляются лишь при больших размерах железы. Все больше начи-

нает использоваться HI-FU-терапия. Несомненно, что в будущем распространение получат и другие новые технологии диагностики и лечения, основанные на последних научных разработках.

– Оснащена ли клиника урологии им. Р.М. Фронштейна Первого МГМУ им. И.М. Сеченова новейшим оборудованием?

– В нашей клинике мы располагаем тремя большими операционными, предназначенными для выполнения открытых, лапароскопических операций и операций под контролем рентген- и эндоскопической аппаратуры. Ректор университета П.В. Глыбочко – уролог, он осознает наши потребности, поэтому по мере возможности приобретает необходимое оборудование. В 2011 г. инструментарий клиники пополнила стойка для лапароскопических операций, одной стойки, которая у нас имела, было, конечно, недостаточно. У нас также есть возможность использовать новейший и высокоинформативный метод диагностики рака предстательной железы – гистосканирование, сегодня в России всего два подобных аппарата. Мы также располагаем и широко применяем малоинвазивный метод лечения рака простаты с помощью аппарата «Аблатерм».

Ежегодно в клинике проводится 1600–1800 операций, в этом году, скорее всего, эта цифра вырастет до 2000 выполненных хирургических вмешательств. Этого удалось достичь не только благодаря внедрению новых оперативных методов, но и путем сокращения периода нахождения больных в стационаре, так как все пациенты максимально обследуются до госпитализации.

– Какие возможности имеют студенты для овладения новейшими технологиями во время учебы?

– За год порядка 880 студентов проходят обучение на кафедре урологии. Мы предоставляем для занятий пять узкоспециализированных кабинетов (по заболеваниям предстательной железы, мочекаменной

болезни, новообразованиям органов мочеполовой системы и др.). В связи с тем что программа по изучению урологии предусматривает недостаточное количество учебных часов, перед выпускниками нашего вуза не ставится задача научиться оперировать. Они, как врачи общей практики, лишь должны уметь определить, в каких случаях необходимо направить пациента к урологу.

Теоретические и практические навыки по урологии получают те, кто выбрал специализацию «урология». Центр непрерывного профессионального образования Первого МГМУ им. И.М. Сеченова оснащен самым современным оборудованием – симуляторами, на которых можно освоить, например, лапароскопическую резекцию почки или нефрэктомия. Однако два года ординатуры и три года аспирантуры, – все-таки недостаточный срок для того, чтобы овладеть всеми видами операций. Например, постдипломное образование уролога во Франции длится 7 лет, в Швейцарии – 8 лет, и это, с моей точки зрения, оправдано.

Постдипломное образование должно, по моему мнению, проходить через несколько этапов и иметь стандарт обучения. Если молодой специалист освоил теорию, ассистировал на операциях, то врач, решив ему самостоятельно провести хирургическое вмешательство, потом обязательно должен оценить и принять его работу. Ординатору или аспиранту необходимо провести не менее пяти операций под контролем одного-двух-трех врачей, только тогда можно считать, что он имеет право выполнять такой вид хирургического вмешательства в дальнейшем. Если по вине молодого хирурга что-то случится, ответственность ложится именно на того, кто разрешил ему делать операцию. К сожалению, у нас пока такого нет. Станет врач хорошим специалистом или нет – прежде всего, зависит от него самого, от его желания и усилий. ☺

Беседовала А. Зименкова

Урология