

616.6
(УГМА)
Ж911

КЛИНИКА УРОЛОГИИ УГМА,
ОБЛАСТНОЙ УРОЛОГИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР В ОКБ № 1
(ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА)



УРАЛЬСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

**КЛИНИКА УРОЛОГИИ УГМА,
ОБЛАСТНОЙ УРОЛОГИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР В ОКБ № 1**

(ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА)

*Актная речь заведующего кафедрой урологии УГМА,
областным урологическим центром в ОКБ № 1 академика АТН РФ
Журавлёва Владимира Николаевича
на итоговой научной конференции УГМА*

26 апреля 2002 г.

Екатеринбург, 2002

УДК 14.00.40

Журавлёв В.Н.

**КЛИНИКА УРОЛОГИИ УГМА, ОБЛАСТНОЙ УРОЛОГИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР В ОКБ № 1 (ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА). Актовая речь. –
Екатеринбург, УГМА, 2002. - 21с.**



© Уральская государственная
медицинская академия, 2002

**Глубокоуважаемые учителя !
Уважаемые ученики !
Глубокоуважаемые коллеги !
Дорогие родные и близкие !
Дорогие друзья !**

Позвольте, прежде всего, выразить искреннюю признательность нашего коллектива клиники ректорату Академии, администрации ОКБ № 1 за столь высокую честь – выступить с актовой речью на итоговой научной конференции в родной альма матер.

Предельно приятно сознавать и созерцать сегодня здесь такое высокое собрание – в прекрасной большой аудитории в родном ведущем ВУЗе России – Уральской государственной медицинской академии.

Поскольку, урология исторически была в составе хирургии, мы помним всегда и вспоминаем сегодня особо профессора В.К. Шамарина, который читал лекции по урологии на кафедре факультетской хирургии с 1934 г. Следует отметить, что профессор Шамарин Василий Константинович был учеником всемирно известного хирурга, отца русской урологии С.П.Фёдорова. Позднее лекции читал и практические занятия по урологии вёл доцент Э.М.Сенкевич. 1 декабря 1958 г. был организован курс урологии на кафедре факультетской хирургии (зав.кафедрой – проф. В.Ф.Колосовская). До 1970 г. этот курс вёл доцент, а затем профессор Близнюк Василий Михайлович.

В.М.Близнюк после окончания Куйбышевской военно-медицинской академии ушёл на фронт (1942 г.), где был командиром медико-санитарного дивизиона, получил несколько ранений и после очередного тяжёлого ранения был эвакуирован в один из Уральских госпиталей на лечение. С 1945 по 1948 гг. он работал зав. хирургическим отделением, с 1948 по 1950 гг. – главным врачом областной поликлиники и в течение года (1950-1951 гг.) исполнял обязанности главного врача ОКБ № 1, затем до 1953 г. был заместителем главного врача. В 1955 г. Василий Михайлович защитил кандидатскую диссертацию «Хирургическое лечение аденомы предстательной железы, леченной и не леченной синэстролом », а в 1965 г. – докторскую, на тему: «Обоснование методов хирургического лечения эпителиальных опухолей мочевого пузыря». В 1967 году Василию Михайловичу было присвоено звание профессора. Этот нелёгкий, но образцовый жизненный путь профессор Близнюк В.М. прошёл успешно потому, что у него были

прекрасные учителя: он всегда гордился тем, что учился и был учеником заслуженного деятеля науки, профессора А.Т.Лидского, Б.П.Кушелевского: гордился тем, что он вместе трудился с заслуженным деятелем науки, тогда ректором СГМИ, профессором В.Н.Климовым, проф. Д.Г.Шефером, проф. М.С.Савичевским, проф. И.И.Бенедиктовым, проф. А.И.Кортевым, проф. М.И.Сахаровым и др.

1 сентября 1970 г. проф. Близнюк В.М. основал кафедру урологии. Многие годы рядом и под его руководством работали к.м.н. И.Н.Гужагина, зав.отделением Т.Н.Третьякова, к.м.н. В.Н.Яремко, А.Д.Авербах, А.В.Махлин. Нынче, продолжающие начатое В.М.Близнюком, - проф. В.Н.Журавлёв, доц. В.И.Мирошниченко, доц. И.В.Баженов, доц. Ю.А.Кокин, врачи высшей квалификационной категории В.Н.Симаков, В.А.Бершадский и др. И.В.Баженов, С.Г.Вахлов, А.В.Зырянов, И.В.Борзунов и др. добились определённых успехов в науке и практике. Болезнь застала Василия Михайловича в расцвете творческих сил. 25 декабря 1989 г. его не стало. Ушёл из жизни наш профессиональный отец !!!

Научные изыскания и результаты лечения больных аденомой предстательной железы синестролом, которые проводил и получил В.М.Близнюк в результате научного исследования и обоснования клинического материала и сегодня являются актуальными.

В плане докторской диссертации В.М.Близнюк изучал проблему ракового поражения мочевого пузыря. Большая экспериментальная база, организованная В.М.Близнюком, в то время была предельно сложным мероприятием. Постоянный, настойчивый труд, огромный потенциал и стремление В.М.Близнюка «войти» в этот эксперимент: замещение мочевого пузыря различными синтетическими материалами (полиэтиленовый протез-макет «мочевого пузыря») хотя и привёл к некоторому положительному результату у животных, но, к великому сожалению, экспериментатора, положившего на это кропотливый труд в течение 3-х лет (да и мы, кружковцы, кое-что уже понимали), он не имел выхода в клиническую практику. И до сегодняшнего дня ведущие клиники Европы и США ведут поиски искусственных протезов, которые бы можно успешно применить при лечении различных урологических заболеваний, которые ведут к утрате части органа, всего органа или его функции, но эти поиски либо безуспешны, либо малоуспешны.

В.М.Близнюк доказал особенности кровоснабжения и лимфообращения мочевого пузыря и, в результате, показал особенности хирургического лечения рака мочевого пузыря в зависимости от локализа-

ции раковой опухоли на той или иной его стенке. Рекомендованные диспансерные мероприятия после резекции мочевого пузыря по поводу рака и сегодня являются определяющим в части хирургической техники и реабилитации этих больных.

В 1984 г. кафедру урологии доверено возглавить вашему покорному слуге. Я в 1971 г. окончил (с отличием) наш орденоносный Свердловский государственный медицинский институт. Государственной комиссией был направлен в клиническую ординатуру на кафедру урологии, с которой с того времени не расстаюсь. В 1978 г. защитил кандидатскую диссертацию «Диспансеризация и реабилитация пациентов с единственной почкой после нефрэктомии», а в 1991 г. – докторскую на тему: «Лечение, медицинская и профессиональная реабилитация больных нефролитиазом (клинико-экспериментальное исследование)». В 1982 г. мне присвоено звание доцент, а в 1991 г. – профессор; в 1994 г. избран член-корреспондентом, а в 1996 г. – действительным членом АТН РФ; в 2002 г. избран заместителем директора по клинической работе Уральского научного центра Академии медицинских наук РФ и Правительства Свердловской области. Являюсь членом президиума правления Всероссийского общества урологов, членом редакционного совета 4 медицинских журналов, членом Европейской и Американской ассоциаций урологов; автором 23 изобретений и патентов, 232 научных работ (в том числе 2 монографий, 8 монотематических сборников, более 50 методических писем). Под моим руководством защищено и выполняется 5 докторских и 12 кандидатских диссертаций. Являюсь председателем свердловского отделения Всероссийского научно-практического общества урологов, а так же главным урологом Министерства здравоохранения Свердловской области (министр – Склад М.С.).

Мне в жизни повезло, прежде всего, в том, что у меня именитые учителя – проф. Близнюк В.М., чл.-корр. АМН СССР Пытель Ю.А., академик АМН РФ Лопаткин Н.А.; умелые руководители в УГМА – В.Н.Климов, А.П.Ястребов; в ОКБ № 1 – В.Ю.Костенецкий, С.А.Кухаренко, А.В.Жуков, С.И.Сибирцев, Е.В.Самборский; и несомненно дружный, творческий, работоспособный коллектив урологов.

Начатые научно-клинические разработки по клинической и профессиональной реабилитации урологических больных в 70-х годах под руководством проф.Близнюка В.М. получили дальнейшее свое развитие. И.Н.Гужагина и В.Н.Яремко изучили проблему посттравматической стриктуры уретры и показали, что при соблюдении разработанных ими рекомендаций в части операций по восстановлению про-

ходимости уретры и, в последующем, выполнения определённых ими реабилитационных мероприятий, можно добиться и восстановления половой функции у этой группы пострадавших юношей и мужчин. Это весьма важно, поскольку преобладающее большинство травмированных пациентов с повреждением уретры – это люди молодого возраста. Если до этих научно-клинических исследований мы основной целью ставили восстановление мочеиспускания, то после защиты этих научных разработок И.Н.Гужагиной, а затем – В.Н.Яремко, мы стремимся равно добиваться восстановления как самостоятельного мочеиспускания, так и половой и детородной функции. Отдалённые клинические наблюдения за этими пациентами показали важную значимость этих исследований и большую эффективность проводимых разработанных авторами реабилитационных мероприятий.

Дальнейшее изучение проблемы клинической и профессиональной реабилитации урологических больных привело к успешной защите кандидатской диссертации (В.Н.Журавлёв) в 1978 г. на тему: «Диспансеризация и реабилитация пациентов с единственной почкой после нефрэктомии». Материалы диссертации определили протокол диспансерного наблюдения за пациентами с единственной оставшейся после контрлатеральной нефрэктомии почки, а так же позволили определить критерии трудоспособности пациентов, что и сегодня используется в решениях ВТЭК. Вместе с этим, на кафедре велось клинико-экспериментальное исследование по лечению и реабилитации больных нефролитиазом. В 1991 году результаты этого исследования защищены на учёном совете в НИИ урологии МЗ России в виде докторской диссертации (В.Н.Журавлёв). Мы показали, что можно ускорить восстановительный клинический период после различных методов лечения нефролитиаза на 30-40 %, а трудоспособность восстановить быстрее в 2 раза. Но, следует отметить, что в широкую практическую деятельность как лечебной, так и амбулаторной, а особенно, санаторно-курортной сети рекомендованные нами весьма эффективные реабилитационные мероприятия внедряются недостаточно и медленно. Экономическая эффективность их абсолютно очевидна, поэтому руководителям здравоохранения и организаторам оздоровительных комплексов следует шире использовать эти методики в повседневной работе.

Следующим этапом изучения реабилитации урологических больных явилась оценка и разработка более эффективных показаний и противопоказаний к хирургическому лечению, а так же восстановительных мероприятий после различных методов лечения больных нефроптозом (В.И.Мирошниченко). Результатами исследований, ос-

нованных на изучении клинического материала 165 оперированных больных нефроптозом явились новые операции, защищённые 2 патентами, и успешной защитой кандидатской диссертации в 1988 году. В итоге этого исследования разработаны так же реабилитационные мероприятия, ускоряющие восстановление как здоровья, так и трудоспособности больных нефроптозом после хирургического лечения. Следует отметить, что эта проблема изучается и сегодня. Мы поставили новые задачи для того, чтобы добиться более эффективных результатов в лечении и восстановлении трудоспособности больных нефроптозом путём снижения операционной травмы и разработки новых методов хирургического лечения.

Было замечено, что при мочекаменной болезни с локализацией камней в мочеточнике есть ряд не изученных и не решённых вопросов. Разработанный комплекс лечебных мероприятий, предложенный научно клинически обоснованный перечень реабилитационных мер успешно защищён в виде кандидатской диссертации (Ю.А.Коккин, 1991 год). Оказалось, что после устранения обструкции мочеточника следует не только вести охранительный двигательный режим больных, а напротив активизировать двигательную деятельность даже при стойкой умеренной лейкоцитурии, т.е. это стимулирует уродинамику и тем самым способствует стиханию вторичного воспалительного процесса в соответствующей почке.

Предложенные лечебные приёмы, особенности ведения больных в ближайшем и отдалённом периодах после операции при функционально недостаточной почке сегодня внедрены в клиниках нашей страны.

В крупных промышленных регионах России за последние 20 лет заметно возросло количество больных раком мочевого пузыря. Наш регион не является исключением. Несомненно, это тревожное состояние по этой проблеме, переданное нашим учителем В.М.Близнюком, мы испытывали и испытываем сегодня, поскольку количество этой категории больных неуклонно растёт. Тщательный анализ, наблюдение, лечение, реабилитация больных, у которых рак мочевого пузыря был как первичным, так и рецидивный показал, что есть ещё большое количество нерешённых вопросов. За решение ряда вопросов в этой проблеме взялся И.В.Баженов. В течение 8 лет наблюдения (диагностика, лечение, диспансеризация, мероприятия реабилитации) за 380 больными Баженов И.В. выяснил, что как диагностика, лечение, так и диагностика рецидивов, диспансеризация нуждаются в значительном повышении их качества, причём, с учётом региональных особенностей

и условий проживания пациентов. В защищённой успешно кандидатской диссертации «Медицинская и трудовая реабилитация больных опухолями мочевого пузыря» (1990 г.) и методических рекомендациях автором довольно конкретно даны рекомендации по возможной ранней диагностике опухолей мочевого пузыря рекомендации по наиболее рациональной химиотерапии, методам хирургического лечения и, впервые, по диспансеризации этой сложной категории больных. Перечень реабилитационных мероприятий больным после удаления опухоли мочевого пузыря, предложенный И.В.Баженовым сегодня общепризнан урологами и онкологами и широко используется ими в повседневной практике. Дальнейшее изучение ближайших и отдалённых результатов лечения больных, страдающих воспалительными заболеваниями мочевого пузыря, которые поражают его вместе с опухолевым процессом ведёт И.В.Борзунов. Основные научные и клинические результаты и критерии в лечении и оценке его качества защищены Борзуновым И.В. в 1997 г. в кандидатской диссертации. Поиски новых диагностических, лечебных, реабилитационных методов для больных на ранних стадиях ракового процесса в мочевом пузыре на уровне достижений науки и практики сегодняшнего дня продолжают и, И.В.Борзунов ведёт этот поиск.

Сравнительную характеристику различных методов лечения заболеваний мочеточника дал А.В.Зырянов, который в результате этого научного и клинического исследования предложил и свои два метода хирургического лечения стриктур мочеточника, на что получил два патента. Урологическая клиника УГМА и сегодня успешно использует эти операции на мочеточнике, а отдалённые положительные результаты убедительно показали высокую эффективность предложенных А.В.Зыряновым методов хирургического лечения стриктур мочеточника в любом его отделе.

Внедрение новых технологий (литотрипторов и эндоскопов) в начале 90-х годов в клинике дало возможность по-новому взглянуть на нефролитиаз. Как на наиболее частое заболевание на Урале и у взрослых людей и у детей. С.Г.Вахлов возглавил это подразделение и самым серьёзным образом возникла необходимость в проведении научно-клинического обоснования показаний и противопоказаний к дистанционным и контактными методами лечения (удаления) камней мочевыводящих путей. Лечение, динамическое наблюдение, программные реабилитационные мероприятия, которые проводились 172 больным явились диссертационным материалом, основные положения которой защищены в 1995 г. в виде кандидатской диссертации.

На этом изучение научных, клинических, экономических, реабилитационных аспектов для пациентов, больных нефролитиазом не закончены, а напротив они приобрели особую важность для науки и практики. В этой связи С.Г.Вахлов ведёт дальнейшее исследование по ранней диагностике нефролитиаза, наиболее рациональными, наиболее эффективными методами лечения, которые могут быть унифицированными и персонифицированными, а на основании этого определить индивидуальные протоколы лечения, диспансеризации и реабилитации больных нефролитиазом. Большой из проблем остаётся проблема профилактики нефролитиаза. Мы очень надеемся, что в ближайшее время мы определим наиболее эффективный перечень (протокол) профилактических мероприятий с целью предупреждения не только рецидивов, но и самого заболевания. Все эти задачи определены в выполняемой С.Г.Вахловым научной работе – в плане докторской диссертации.

Активное внедрение новых технологий в практику в конце 80-х в начале 90-х годов обязали и позволили по-новому взглянуть практически на все разделы как научной, теоретической, так и практической урологии. Значительное разнообразие литотрипторов для дистанционного, контактного, в том числе, транскутанного дробления камней в почках и мочевыводящих путях было предложено нашему практическому здравоохранению в конце 80-х годов. Сегодня, на основании 10-летнего опыта, выполнив более 7000 литотрипсий мы отчётливо оцениваем преимущество этих методов лечения нефролитиаза перед другими – традиционными, ранее известными. При определённых строгих показаниях и противопоказаниях к литотрипсии можно успешно лечить до 85-90%: больных мочекаменной болезнью, при наличии камней в почках. Вместе с тем, восходящие эндоскопические контактные и транскутанные методы разрушения камней помогают в 10-12 % случаев избежать открытых хирургических методов удаления камней из почек и мочеточников.

Нам представляется, что для оказания этой специализированной помощи в условиях отечественного здравоохранения необходимо:

1. Создание (организация, перепрофилирование) отделов или отделений в составе клиники, лечебно-диагностических центров или межрайонных отделений с созданием соответствующих условий: достаточное клиничко-лабораторное диагностическое оборудование, а так же полный комплекс аппаратов для дробления (литотриптор для ДЛТ, для контактного эндоскопического и транскутанного методов литотрипсии) любого вида и любой локализации камней. Весьма важным,

при этом, является наличие сервисного, не только гарантированного, но и в последующем ремонтного обслуживания аппаратов и приборов. Вместе с этим, не менее важно – постоянное достаточное количество расходных материалов как для эндоскопических приборов, так и для литотрипторов.

Мы считаем, что такое отделение (отдел) целесообразно организовать 1 на 1.000.000 населения в городе и 1 на 500.000 населения в сельской местности (в межрайонном урологическом отделении).

2. Вопросы подготовки кадров могут быть решены в НИИ урологии РФ, а может быть и в некоторых клиниках (областных урологических центрах), имеющих достаточный перечень соответствующего оборудования и обучающий персонал.

3. В организации этапности оказания медицинской помощи больным нефролитиазом необходимо:

Во-первых, организовать оказание неотложной (при необходимости) медицинской помощи в случае внезапной обструкции мочевыводящих путей камнем (камнями);

во-вторых, врачи-урологи обязаны владеть всеми методами дренирования мочевых путей (катетеризация, стентирование, перкутанная нефростомия) на любом этапе оказания неотложной помощи;

в-третьих, своевременно направить больного после оказания первой или неотложной медицинской помощи в специализированный отдел (отделение) или центр лечения нефролитиаза;

в-четвёртых, высокотехнологичное (дорогостоящее) современное оборудование, как для дистанционных методов, так и для эндоскопических контактных способов лечения уролитиаза должно быть использовано с КПД не менее 70-80 %, т.е. при достаточном инженерном обслуживании, оно может работать не менее 12-14 часов в сутки (10-14 сеансов литотрипсии на каждом аппарате);

в-пятых, необходимо восстановить или организовать выпуск отечественных литотрипторов и эндоскопов, а также расходных материалов к ним. Это вполне реально, нам кажется, возобновить в г.Ярославле или в г.Подольске или, при наличии финансирования в г.Екатеринбурге. Обязательным условием, при этом, является одновременное обеспечение сервисного обслуживания аппаратов и приборов с достаточным количеством запасных блоков (частей) и гарантированное постоянное (и профилактическое) техническое обслуживание. Всё это могло бы обеспечить круглосуточный режим работы указанного оборудования. Не исключается и организация передвижных пунктов литотрипсии;

в-шестых, при наличии показаний к открытым хирургическим методам лечения нефролитиаза необходимо помнить и применять малоинвазивные ретроперитонеоскопические хирургические методы с использованием отечественного оборудования.

По праву революционным явилось внедрение в клиническую практику эндоскопических приборов, аппаратов и наборов, которые позволяют выполнить значительный арсенал операций через уретру: ТУР ДППЖ, опухолей мочевого пузыря, стриктур уретры, устья мочеточника и др. За 8 лет нами выполнено более 4000 подобных операций, а их положительный результат не вызывает никакого сомнения.

Вместе с тем, нашему творческому коллективу также принадлежит целый арсенал научных разработок в части новых приборов, инструментов, которые являют собой весь цикл: идея – разработка опытного образца – клинические испытания – серийный выпуск - внедрение в клиническую практику. Авторский коллектив: В.Н.Журавлёв, И.В.Бажнов, А.В.Зырянов имсст 12 патентов (на изобретения) на различные приборы и наборы инструментов для обеспечения малоинвазивных ретроперитонеоскопических (РПС) операций на почках, мочеточниках и др. Приоритет нового направления – РПС операции в урологии по праву принадлежит нашей клинике. Сегодня это направление в урологической науке и практике входит в государственную научную программу.

В марте 1994 г. на базе урологических отделений ОКБ № 1 и кафедры урологии УГМА создан Свердловский областной урологический центр, который состоит из 4-х специализированных отделений:

1-ое урологическое отделение – отделение общей и неотложной урологии с андрологией (на 35 коек). В отделении выполняются все виды скорой и неотложной урологической помощи, прежде всего, больным из районов области. Врачи высшей квалификационной категории В.Н.Симаков, О.С.Коган, А.И.Сорочкин и И.И.Токарева, имеющие достаточный клинический опыт как в диагностике, так и в лечении, выполняют все виды неотложных и плановых открытых операций на почках и органах мочевыводящих путей. Андрологический отдел выполняет все виды консервативной терапии, абсолютное большинство операций на мужских внутренних и наружных половых органах. Без малого за 10 лет существования андрологический блок выполнил все задачи в плане становления его на современный уровень. От малых косметических до пластических корригирующих и протезирующих операций на половых органах выполняют сегодня и молодые, но уже опытные врачи Д.В.Семаков и Д.В.Романенко. В целом, 1-ое уро-

логическое отделение имеет достаточно квалифицированный кадровый потенциал и активно внедряет малоинвазивные и эндоскопические операции. Ежегодно в отделении обследуется и лечится более 1000 больных, выполняется более 500 операций.

2-ое урологическое отделение - отделение уроонкологии и урогинекологии (на 35 коек). В отделении выполняются все виды диагностики и лечения, прежде всего, уроонкологических больных. Накоплен немалый опыт в радикальных операциях при больших опухолях почек, мочевого пузыря, половых органов. Несомненно, возглавляет бригаду в этих операциях, заведующий, врач высшей квалификационной категории, В.А.Бершадский, у которого самый большой хирургический опыт. Следует отметить, что врачи отделения: А.А.Качмазов, О.В.Журавлёв и Я.В.Бершадский постоянно совершенствуются и стремятся к новому. Достаточно отметить то, что в январе 2002 года эти врачи успешно выполнили радикальную цистпростатвезикулоэктомию с формированием искусственного мочевого пузыря из сегмента сигмовидной кишки при тотальном поражении мочевого пузыря рецидивным раком у больного Ф., 39 лет. Успешно в отделении внедряются РПС-операции для лечения камней мочеточника, недержания мочи у женщин, различные операции для лечения моче-половых свищей; разрабатываются реабилитационные мероприятия после радикальных операций. Ежегодно в отделении пролечивается до 1000 больных и выполняется до 700 операций. В отделении выполняются 2 научных работы в плане кандидатских диссертаций и 1 – поисковая работа.

3-е урологическое отделение – отделение лечения нефролитиаза (на 25 коек). В отделении выполняются все виды специальных методов диагностики, все виды современных специальных методов лечения. Отделение располагает практически всеми современными новыми технологиями. В отделении размещены 4 литотриптора: Урат-П, Медстоун, Литокласт, Пьезолит-3000 В настоящее время коллектив отделения (С.Г.Вахлов, В.В.Егоров, И.В.Поспелов, Р.Г.Шагиахметов) осваивает транскутанные методы дробления камней почек (литолапексия), в том числе и коралловидных. За 10 лет в отделении накоплен богатый клинический материал: более 7.000 сеансов дистанционной литотрипсии, более 1.000 различных контактных методов литотрипсии и др. Выполняется одна докторская диссертация (С.Г.Вахлов) и 2 поисковые научные работы.

4-ое урологическое отделение – отделение эндоурологии и новых технологий (на 35 коек). В отделении выполняются все виды эн-

доскопических операций в уретре, ТУР при ДГПЖ и раке простаты, в мочевом пузыре при различных его заболеваниях (опухоли, камни, дивертикулы, уретероцеле и др.). На базе отделения разработаны, апробированы и внедрены приборы и наборы урологических инструментов, которые позволяют выполнять ретроперитонеоскопические (РПС) операции на почке, пиелоуретеральном сегменте и мочеточнике. Эти разработки позволили защитить и получить 9 патентов на изобретения. В настоящее время на основании этих разработок выполняются 2 докторских (И.В.Баженов и А.В.Зырянов) и 3 кандидатских диссертации. В отделении успешно выполняются наряду с малоинвазивными и радикальные операции – при раке простаты – радикальная простатэктомия (И.В.Баженов), при раке половых органов и др. В отделении так же внедрены уродинамические методы исследования, транскутанные (под контролем УЗИ) методы лечения при обструкции мочевыводящих путей (чрескожная пункционная нефростомия) и кист почек; биопсии почек и др. органов. Получен первый положительный опыт (более 30 операций) в ультразвуковой абляции ДГПЖ. Творческий коллектив: к.м.н. Борзунов И.В., Андреев Д.В., Дёминов Д.А., Гальперин А.М., Бурцев С.А. и, несомненно, докторанты И.В.Баженов и А.В.Зырянов способны решать самые необходимые задачи, которые предъявляет современная наука и практика. В отделении ежегодно получают специализированную помощь более 1.000 больных и выполняется более 600 высокотехнологичных малоинвазивных операций.

Наряду с этими четырьмя отделениями постоянно работает и 5-ое подразделение – поликлинический консультативный блок, в котором трудятся наши ветераны – врачи высшей квалификационной категории: В.В.Раевская, И.М.Искоских и О.Г.Зеленцов. Ежегодно получают консультативную высококвалифицированную помощь в двух кабинетах поликлиники ОКБ № 1 до 16 тысяч пациентов, 75 % из которых – жители области и уральского федерального округа.

Анализ сложившейся в настоящее время ситуации по заболеваниям мочеполовой системы и качеству оказания урологической помощи как детям, так и взрослому населению области и г. Екатеринбурга указывает на развитие серьёзных негативных тенденций, ведущих к росту смертности, инвалидизации, снижению качества жизни больных, причём в значительной степени – в трудоспособном возрасте и, особенно, мужской половины населения (средняя продолжительность жизни мужчины в России – до 57 лет).

По данным государственной статистики (см. «Социально-экономические аспекты федеральной целевой программы «Урология»

НИИ урологии МЗ РФ, 1999 г.), болезни мочеполовой системы составляют до 7 % в общих показателях заболеваемости населения России (табл.1).

Таблица 1

Зарегистрировано	Больных	Инвалидов	Умерших
Всего (взрослые)	115.172.830	740.282	2.042.540
Урологических	7.897.301	46.800	16.556

Из таблицы 1 следует, что до 60 % населения страны в течение года обращаются за медицинской помощью и, до 14 % из них составляют урологические больные; до 15 % (740.282/46.800) инвалиды из-за урологических заболеваний и т.д. Словом, «груз урологических заболеваний» составляет 12-14 % от общего «груза болезней». Анализируя эти показатели, можно предположить, что ожидаемое количество пациентов, нуждающихся в урологической и нефрологической помощи в нашей области составляет более 500.000 чел. ежегодно. Вместе с тем, нет достоверных данных в типовых годовых отчётах лечебных учреждений по таким заболеваниям, как аномалии развития половых органов у юношей и мужчин, эректильная дисфункция, хронический простатит и др.

Кадры (см. табл. 2): всего врачей урологов 145 человек, из них 102 уролога в городе Екатеринбурге (1,5 млн.чел.) и 43 уролога в области (3,2 млн.чел.). 46 врачей имеют высшую аттестационную врачебную категорию, 41 – первую, 5 –вторую, а 53 врача пока не имеют категории.

Екатеринбург – 102 уролога – 345 коек – 1,5 млн. чел.

Область – 43 уролога – 292 койки – 3,2 млн. чел.

Койки: всего коек 637; из них 345 коек в г. Екатеринбурге, причём 175 из них находятся в учреждениях областного подчинения, а 292 койки – в городах области. Профильные (урологические) отделения имеются: в г.Н.Тагиле (40 коек), в г.Каменске-Уральском (30 коек), в г.Первоуральске (30 коек), в г.Краснотурьинске (20 коек), а остальные 172 койки функционируют в составе хирургических отделений (см. табл. 2).

Таблица 2

Врачебные кадры

Наименование управления здравоохранения	Всего врачей	Имеют категорию			Койки
		Высшая	I	II	
Артемовский район	1	-	-	-	5
г.Асбест	2	-	-	-	15
г.В.Пышма	2	-	2	-	15
г.Ирбит	2	-	-	-	10
г.Каменск-Уральский	4	3	-	-	30
г.Карпинск	1	1	-	-	10
г.Красноурьинск	4	3	-	1	20
г.Красноуфимск	2	1	1	-	12
г.Нижний Тагил	7	2	3	-	40
г.Первоуральск	3	2	1	-	30
г.Полевской	2	1	-	-	15
г.Ревда	1	1	-	-	15
г.Екатеринбург	55	14	16	2	170
г.Североуральск	1	-	-	-	-
г.Серов	2	1	-	-	15
Сысертский район	1	-	-	-	-
Тавдинский район	1	-	-	-	10
Талицкий район	1	1	-	-	10
Учрежд. обл. подчинения	47	13	18	2	175
г.Алапаевск	2	2	-	-	15
г.Качканар	2	1	1	-	10
г.Красноуральск	1	-	-	-	5
г.В.Салда	1	-	-	-	10
Всего:	145	46	41	5	637

Нет урологов на 1 января 2002г. (нет и урологических коек) в 17 районах области: Алапаевский, Камышловский, Нижнесергинский, Ивдельский и др. крупных районах.

Следовательно, соотношение врачей на 10.000 населения в г. Екатеринбурге – 1:14.705 человек, коек 1:4.348 чел.; в Свердловской области: врачей на 10.000 населения – 1.81:395 человек, коек 1:11.986 чел. (см. табл. 3).

Таблица 3

Количество врачей и коек на 10.000 населения на 01.01.2002 г.

Территория	Количество врачей	Количество урологиче-ских коек	Соотношение врачей на 10.000 человек	Соотношение коек на 10.000 человек
г. Екатеринбург	102	345	1:14.705	1:4.348
Свердловская область	43	292	1:81.398	1:11.986

Таким образом, данные цифры показывают, что если соотношение врачей 1:14.705 чел. населения в городе Екатеринбурге приближается к среднероссийским (1:10.000), а также соотношение коек – 1:4.348 чел. населения (среднероссийский – 1:3.200 чел.); то в области эти показатели ниже в 4-5 раз.

За амбулаторно-поликлинической помощью к урологам города и области обращается ежегодно до 340.000 человек (взрослых и детей). Из этого количества 65.000-66.000 человек (взрослых и детей) нуждаются в лечении в условиях стационара (см. табл. 4).

Таблица 4

Количество амбулаторных больных (взрослые и дети)	Количество стационарных больных (взрослые и дети)	Средний койко-день	Количество Операций (с неотложными)
340.000 человек	65.500 человек	18,5 дня	29.360 операций

Из таблицы также видно, что в каждом урологическом стационаре на 30-40 коек выполняется до 500 операций в год, а это составляет хирургическую активность до 40-56 %.

Вместе с этим, в государственных статистических формах заболевания урологического профиля представлены недостаточно автономно, т.е. допускаются «потери» статистической информации. Их причина состоит во включении отдельных, относящихся к урологии нозологических форм, в другие виды заболеваний. Например, рак простаты, опухоли почки, мочевого пузыря и мужских половых органов учитываются в составе новообразований. Гидронефроз, киста почки, аномалии сосудов почки относятся к «врожденным состояниям, возникающим в перинатальном периоде». Такие болезни, как водянка оболочек яичка, орхит, эпидидимит, импотенция, мужское бесплодие, варикоцеле, фимоз, болезни полового члена и везикулит попадают в

общий раздел заболеваний без ссылки на урологию. Это позволяет утверждать, что более 30 % урологических больных как бы «растворяются» в общей статистической массе.

Таким образом, с учётом вышеизложенного, можно утверждать, что «груз урологических заболеваний» составляет 11-13 % от общего «груза болезней».

Рассмотрим показатели по основным группам урологических заболеваний (табл. 5).

Таблица 5

Структура основных групп урологических заболеваний

Заболевание	Общее количество больных (чел.) на 01.01.2002 г.	Диспансерный охват (%)	Первичная инвалидность (%)	Поздняя диагностика (%)
Злокачественные образования	7.465	36-38	34,4-42,0	40-53
Воспалительные заболевания	385.420	28-41	23,5-28,4	48-62
Нефролитиаз (мочекаменная болезнь)	94.840	39-48	18,6-22,4	24-36
Заболевания наружных половых органов	12.460	18-30	9,6-17,0	44-54
Андрологические заболевания	83.800	9-17	7,7-9,0	40-72
Аномалии развития мочеполювых органов	1.388	6-11	11,2-13,0	38-44
Мочеполовой туберкулёз	6.900	56-67	13,3-17,0	42-62
Травма органов мочеполювой системы	862	82-87	24,5-33,0	8-12
Прочие	1.720	—	8,2-9,5	39-52
Всего:	594.855			

Наши расчёты показывают, что общес количество урологических больных на 1 января 2002 г. составляют 594.855 человек, причём 75-78 % больных – мальчики, юноши и мужчины. Это то количество больных, у которых диагностировано то или иное указанное в табл.6

заболевание, но не все эти больные получают специализированную (диспансерную) помощь, а лишь 36-56 %. Первичная инвалидность, в среднем, составляет 22-42 %. Нельзя не отметить и весьма важный факт: поздняя диагностика, причинами которой являются – отсутствие кадров, отсутствие условий, диагностического и лечебного оборудования на местах, недостаточная квалификация врачебных кадров и др.

Если судить о всех заболеваниях, и вместе с тем, из них заболеваний мочеполовой системы, то мы видим, что общая заболеваемость на 01.01.2002 г. в городе и области (см. табл. 6) среди детей и подростков составляет около 6 % (до 160 тыс. чел.), у взрослых – 5,7 % (до 145 тыс.чел.). Причём, на таких же цифрах держится и первичная заболеваемость, а на 1.000 населения эти заболевания, как правило, появляются у 45-50 человек.

Таблица 6

Заболеваемость (болезни мочеполовой системы)

Общая заболеваемость в %		Первичная заболеваемость в %		Общая заболеваемость на 1.000 взрослого населения	Первичная заболеваемость на 1.000 взрослого населения
Дети и подростки	Взрослые	Дети и подростки	Взрослые		
6 % (до 160.000 чел.)	5,7% (до 145.000 чел.)	5,7% (до 155.000 чел.)	4,8 % (до 130.000 чел.)	От 12,2 до 92,8 (в среднем 52,5)	От 3,1 до 161,4 (в среднем 43,3)

Наши расчёты также показали, что, в среднем, из всех больных с заболеваниями мочеполовой системы лечение в условиях стационара проходят не более 10-14 % пациентов в год (59.000 – 66.000 чел.).

Нам представляется, что всё вышеизложенное позволяет все заболевания мочевыводящих путей и мужской половой системы условно разделить на три группы:

Первая – заболевания, представляющие непосредственную угрозу жизни больного (онкоурологические заболевания, острые воспалительные процессы, острую задержку мочеиспускания, почечную колику, почечную недостаточность, травму и др.);

Вторая – заболевания, которые при хроническом течении и отсутствии адекватного лечения нередко приводят к инвалидизации па-

циентов (нефролитиаз, хронический пиелонефрит, гидронефротическая трансформация, хронический цистит, недержание мочи и др.);

Третья – заболевания, которые не представляют прямой угрозы жизни больного, но связаны со значительным снижением качества жизни (хронический простатит, эректильная дисфункция, преждевременная эякуляция, мужское бесплодие и т.д.).

Отсюда логично предложить разделение финансирования медицинской помощи по этим трём группам на три различных источника. А именно, мероприятия по оказанию экстренной мед. помощи пациентам первой группы должны полностью финансироваться государством за счёт федерального и местного бюджетов.

Оказание медицинской помощи пациентам второй группы возможно за счёт сочетания различных источников финансирования: местных бюджетов, средств обязательного и добровольного медицинского страхования.

Медицинская помощь пациентам третьей группы должна осуществляться за счёт средств добровольного медицинского страхования, а, особенно, личных средств самих граждан. Ориентировочно, такие заболевания составляют в общей структуре болезней мочеполовой системы до 20 %. Таким образом, пациентам предоставляется право выбора самостоятельно решать: испытывать ли неудобства и дискомфорт от наличия этих заболеваний или изыскать личные средства и, пройдя необходимое лечение, повысить качество своей жизни. Эти задачи может решить развитие частных клиник в рамках малого и среднего бизнеса.

Кроме того, в настоящее время разрабатываются, разработаны и весьма активно внедряются новейшие лечебно-диагностические технологии, отличающиеся незначительной стоимостью, а при использовании малой инвазивностью. Их использование также должно быть выбором самого пациента.

Как показывает наш опыт, до 60-70 % пациентов выбирают щадящие технологии и готовы оплачивать их применение, но это требует весьма объективной оценки и разъяснения больному.

Таким образом, становится очевидным, что здоровью и качеству жизни значительной части населения урологические заболевания наносят серьёзный, а иногда и непоправимый вред. Временная нетрудоспособность, инвалидность и преждевременная смертность являются факторами, которые весьма активно способствуют недопроизводству валового внутреннего продукта (ВВП). Что несложно подсчитать. Свести к минимуму потери и затраты в урологии – вот главная цель в

реализации концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ. Для этого мы должны решить следующие задачи:

- выявить и оценить вклад «структурообразующих» нозологий в общую картину урологической заболеваемости и их влияние на экономические показатели эффективности медицинской помощи;

- осуществить дифференцированный подход к размещению и финансированию урологических отделений (по округам);

- определить основные направления вложения финансовых средств, приводящих к максимальному клиническому и экономическому эффекту;

- организовать информационную систему, обеспечивающую сбор достоверной и своевременной информации о состоянии заболеваемости и организации урологической помощи для органов управления здравоохранением.

Для решения этих задач необходима единая комплексная программа развития и совершенствования урологии. Эта программа должна быть конкретной и отражать основные направления и этапы решения научных, кадровых, материально-технических и экономических проблем на ближайшие 2-5-8 лет.

В 1999 г. в клинике урологии организован курс усовершенствования врачей (зав. – к.м.н., доцент И.В.Баженов). Ежегодно на курсе усовершенствования могут обучаться до 20-22 врачей. В программе обучения-специализации врачей – присутствуют все основные разделы урологии, как в плане первичной (4 месяца), так и тематической (1 мес.) специализации.

Следовательно, коллектив клиники УГМА (ректор – академик АЕН РФ А.П.Ястребов) и областного центра в первой областной клинической больнице (гл. врач – заслуженный врач РФ Е.В.Самборский), представляющей самое современное многопрофильное лечебное учреждение, уделяет значительное внимание организации, курации, совершенствованию диагностической и лечебной работы в ОКБ № 1, в Свердловской области и в г.Екатеринбурге. Нами подготовлено 56 клинических ординаторов, 258 врачей прошли усовершенствование по урологии. Ежегодно в клинических подразделениях центра получают урологическую помощь более 4.500 человек, выполняется до 1.500 операций разной степени сложности, более 1.000 литотрипсий. Более 16.000 пациентов в год получают консультативную помощь.

Некоторые наши научные и клинические разработки доложены на Европейских конгрессах урологов и получены 2 призовых диплома (в 1998 г. в Стокгольме и в 2000 г. в Женеве). Два врача: Д.В.Андреев

в Англии и Я.В.Бершадский в Германии прошли тематическую стажировку в урологических клиниках. Словом, коллектив урологов живёт в ритме современной научной и профессиональной жизни.

В ближайшем будущем наш коллектив планирует дальнейшее развитие современных методов преподавания студентам и усовершенствования врачей; совершенствование методов диагностики и лечения урологических заболеваний; дальнейшую разработку собственных приборов, комплектов инструментов и устройств, и, несмотря на трудности в финансовом обеспечении, шире внедрять в клиническую практику.

Благодарю за внимание!

Журавлёв Владимир Николаевич

**КЛИНИКА УРОЛОГИИ УГМА,
ОБЛАСТНОЙ УРОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР В ОКБ № 1
(ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА)**

Актровая речь

ЛР № 020452 от 04.03.1997г.

Подписано в печать 19.04.2002г. Формат 60x90/16. Усл. печ. л. 1,5. Заказ № 25. Тираж 200
Отпечатано в типографии УГМА. г.Екатеринбург, ул. Декабристов, 32