

I. РАЗВИТИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

кой ортопедо-хирургической больницы, совершенствование оказания медицинской помощи детям, пострадавшим в ДТП на дорогах Московской области, с участием сил и служб МЧС и ТЦМК Московской области и г. Москвы, создание областного организационно-методического Центра по детской травматологии и ортопедии и антирабической помощи детям и подросткам позволили значительно улучшить организацию травматолого-ортопедической службы и оказание специализированной помощи детям и подросткам Московской области в условиях реформирования здравоохранения Подмоскovie.

ЛИТЕРАТУРА

1. Здравоохранение Московской области 2000-2002 / Под ред. В.Ю. Семенова. – М., 2003.
2. Итоги проведения Всероссийской диспансеризации детей в Московской области в 2002 году / Сб. МОФОМС. – М., 2003.
3. Основные показатели реализации программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам в Московской области в 2002 году / Сб. МОФОМС. – М., 2003.
4. Малахов О.А., Поздников Ю.И., Соловьева К.С. // Вестн. травматол. и ортопед. – 2004. – № 4.
5. Тарасов В.И., Хошабаев Р.А., Силадий И.Р. и др. Организация специализированной травматологической помощи детям и подросткам в Московской области: VII съезд травматологов-ортопедов России. – Новгород, 2002.
6. Тарасов В.И., Силадий И.Р., Хошабаев Р.А. // II Российский конгресс: «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». – М., 2003.

ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

М.Ф. Трапезникова, В.В. Дутов

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, Россия

Урологическая клиника МОНИКИ была организована в марте 1931 г. У истоков ее создания стояли видные представители отечественной урологической школы – профессора Яков Григорьевич Готлиб и Арам Яковлевич Абрамян. В разные годы в клинике работали известные ученые: Д.Н. Атабеков, Э.И. Гимпельсон, А.И. Маянц, Н.Ц. Цыренжапова, И.А. Королькова, а двое сотрудников – Н.Н. Жаров и Ю.Б. Аваш – стали главными врачами института.

В настоящее время штаты отделения по разделу «наука» составляют 16 человек, включая руководителя, главного научного сотрудника, трёх ведущих, одного старшего и трёх научных сотрудников, а также семерых аспирантов очной и заочной форм обучения. Штаты по разделу «здравоохранение» включают 9 врачей, в том числе заведующего лабораторией дистанционной и контактной литотрипсии и двух врачей-анестезиологов, 12 медицинских сестер, сестру-хозяйку, 4 санитарок. В клинике работают академик РАМН, 4 доктора и 6

кандидатов медицинских наук. Девять сотрудников аттестованы на высшую категорию врача-уролога. Амбулаторный прием пациентов ведут два врача в консультативно-диагностическом отделении института, где еженедельно осуществляют консультации руководитель и ведущие специалисты клиники.

С первых лет существования в отделении проводятся исследования по фундаментальным и прикладным вопросам урологической науки. Проблема мочекаменной болезни с момента зарождения клиники является одним из приоритетных направлений её научных исследований. Сборник научных трудов «Нефролитиаз» (1937), программный доклад профессора А.Я. Абрамяна на X Международном конгрессе урологов (Афины, 1955), монография Э.И. Гимпельсона «Камни почек и мочеточников» (1956) отразили основные достижения клиники в диагностике и лечении уrolитиаза и послужили основой для проведения дальнейших исследований.

В последующие два десятилетия внимание ученых МОНИКИ привлекли некоторые вопросы патогенеза и «географической» патологии, позволившие составить карту эндемических очагов мочекаменной болезни в Московской области. Были осуществлены разработка, клинические испытания и внедрение в урологическую практику высокотехнологичных и эффективных методов дистанционной и контактной литотрипсии. Отечественные аппараты «Урат» и «Урат-М» для цистолитотрипсии, а также комплекс «Байкал» для лечения больных с камнями терминального отдела мочеточника предварили современные малоинвазивные методы лечения уrolитиаза. Фактом признания заслуг клиники могут служить многочисленные ссылки в научной литературе на работы ученых МОНИКИ.

В 80-е гг. XX в. произошел грандиозный прорыв в лечении мочекаменной болезни. Разработка и внедрение в клиническую практику принципиально новых конструктивных решений кардинальным образом изменили возможности диагностики и лечения больных мочекаменной болезнью. Урологическая клиника МОНИКИ стала одной из первых применять современные технологии лечения уrolитиаза. Если первый мировой опыт дистанционной ударно-волновой литотрипсии (ДУВЛ) датирован февралем 1980 г., а первая литотрипсия в СССР была проведена в ноябре 1987 г., то уже в апреле 1988 г. было осуществлено успешное разрушение камня почки первому пациенту урологической клиники МОНИКИ.

В 1990 г. создана лаборатория контактной и дистанционной литотрипсии, структурно входящая в состав урологической клиники. С момента становления новых технологий лечения клиника отстаивает точку зрения, исключающую возможность изолированного существования лабораторий и отделений ДУВЛ вне рамок крупных, технически хорошо оснащенных урологических стационаров. Такой подход позволил сократить частоту незапланированных манипуляций и осложнений и расширить рамки применения метода на различные клинические формы уrolитиаза.

Впервые в отечественной практике в клинике был проведен сравнительный анализ показаний и противопоказаний к ДУВЛ, а также эффективности дистанционного ударно-волнового разрушения почечных камней на аппаратах с различным принципом генерации ударной волны. Были систематизированы факторы риска возникновения обтурационных осложнений и прямого повреждающего воздействия энергии ударной волны и намечены пути их профилактики. Дальнейшая эволюция современных лечебных технологий при мочекаменной болезни привела к созданию алгоритмов для лечения больных с камнями проксимального и терминального отделов мочеточника.

Внедрение новых лечебных технологий существенно сократило показания к открытым оперативным вмешательствам: им подвергаются 7-8% больных уролитиазом. Это особенно наглядно иллюстрируют результаты применения современных методов лечения осложненных форм мочекаменной болезни. Ретроспективный анализ результатов современных технологий лечения коралловидного нефролитиаза и камней, развившихся на фоне врожденных пороков почек и мочевыводящих путей, позволил пересмотреть подходы к их лечению. Внедрение целевой научно-практической программы «Повышение эффективности диагностики, лечения и профилактики рецидивного и коралловидного нефролитиаза в Московской области» (1989-1993 гг.) привело к снижению числа госпитализаций больных с коралловидным нефролитиазом. Примечательно, что довольно высокий в первые годы уровень применения ДУВЛ (17,6-16,9%) прогрессивно снижался и в последние годы стабилизировался на цифрах 5,4-7,6%.

Несомненный интерес представляет динамика применения различных методов оперативного лечения коралловидного нефролитиаза. По мере освоения и внедрения современных технологий доля открытых оперативных вмешательств к настоящему времени сократилась более чем вдвое: их стали применять лишь при неудачном предшествующем опыте малоинвазивных технологий, на терминальных стадиях заболевания, при наличии анатомических аномалий, патологического ожирения и сопутствующих заболеваний.

Ретроспективный анализ успехов и неудач позволил выработать определенный алгоритм поведения при ДУВЛ-монотерапии крупных и коралловидных камней. Было установлено, что применение ДУВЛ в качестве самостоятельного метода лечения коралловидного нефролитиаза малоэффективно как при выписке пациента (6,52%), так и к исходу полугодового наблюдения (26,1%). По нашим данным, монолитотрипсия при коралловидном нефролитиазе имеет ограниченное применение: ее используют у детей, в качестве эксплоративного лечения и при отсутствии технического обеспечения для выполнения других альтернативных малоинвазивных лечебных технологий – чрескожной нефролитотрипсии (ЧНЛТ) и так называемой «сэндвич-терапии».

При коралловидных камнях ЧНЛТ оказалась довольно эффективным методом самостоятельного лечения: клиренс почки от камня на момент выписки составил 55,6%, а спустя 6 месяцев он возрос до 66,6%. Осложнения составили 27,8%, а незапланированные дополнительные процедуры – 38,9%. Вместе с тем, у трети пациентов этот способ лечения оказался неэффективным или, несмотря на применение дополнительных манипуляций, – недостаточным. Большая частота рецидивов и резидуальных камней обусловил поиск возможных оптимальных комбинаций различных методов лечения коралловидного нефролитиаза: «сэндвич-1» («открытая» операция + ДУВЛ), а также «сэндвич-2» (ЧНЛТ + ДУВЛ). Показатели освобождения почки от камня оказались достоверно выше при применении комбинированных методов лечения – «сэндвич-1» (82,5%) и «сэндвич-2» (86,4%), – чем при ЧНЛТ-монотерапии (66,6%) и монолитотрипсии (26,1%). Существенное снижение сроков лечения в подгруппе «сэндвич-2» по сравнению с таковыми в подгруппе «сэндвич-1» является решающим аргументом в пользу сочетанного применения ЧНЛТ и ДУВЛ. Мы пришли к заключению, что при коралловидном нефролитиазе следует отдавать предпочтение ЧНЛТ перед ДУВЛ, а их комбинацию – всем прочим методам лечения.

Располагая многолетним опытом обследования и лечения пациентов с различными видами аномалий мочевыводящих путей, мы распространили опыт применения современных технологий лечения на больных, страдающих мочекаменной болезнью, которая протекает на фоне различных пороков развития. Наличие литотрипторов 2- и 3-го поколений с комбинированной системой наведения на камень делают доступным применение ДУВЛ вне зависимости от конкретного вида аномалии. ДУВЛ-монотерапия является методом лечения первой линии у большинства пациентов с мочекаменной болезнью аномалийных почек (67,6%). Очищение аномалийных почек от камней после ДУВЛ составило при выписке 66,9%, к исходу 6 месяцев – 75,6%. Мы придерживаемся следующего клинического постулата: отрицательные результаты трех последовательных сеансов ДУВЛ являются основанием к пересмотру лечебной тактики при камнях аномалийных почек в пользу альтернативных методов лечения.

С внедрением в клиническую практику современных методов лечения уrolитиаза особое значение приобретают вопросы диагностики активности калькулезного пиелонефрита, что в немалой степени отражает возможность прогнозирования рецидива заболевания. На разработанные диагностические алгоритмы получено три патента. Оказалось, что пиелонефрит на фоне мочекаменной болезни протекает с недостаточностью как клеточных, так и гуморальных компонентов системы антиинфекционной резистентности организма (САИР), и что при отсутствии бактериурии в общепринятом диагностическом титре ($\leq 10^5$ КОЕ/мл) определение лю-

бого из факторов САИР позволяет повысить эффективность лабораторной диагностики калькулезного пиелонефрита с 22,5% при определении только СН-50 до 73,5% при определении только ФА в незавершенном варианте и до 83,7% при суммарном учете показателей иммуноглобулинов классов М и G. Комплексные исследования показателей в этих случаях способствуют верификации воспалительного процесса от 91,7% (сочетанное определение уровней иммуноглобулинов М и G, а также ФА-30) до 99,0% (определение уровней иммуноглобулинов классов М и G, а также ФА-30 и СН-50).

Накопленный опыт позволил сформулировать технологические принципы нового отечественного литотриптора «МОНИКИ-ЛГК-Компакт-9701», создать его экспериментальный образец и провести экспериментальные и клинические исследования, показавшие высокую эффективность аппарата при относительно небольшой его себестоимости. В настоящее время налажен серийный выпуск литотрипторов, их поставка и эксплуатация в урологических отделениях четырех районных и городских больниц Московской области – Красногорска, Жуковского, Коломны, Подольска. Кроме того, аппаратура для дистанционного разрушения камней почек, вне рамок поставок Минздравом Московской области, была приобретена ранее и функционирует до настоящего времени ещё в трёх ЛПУ области.

Специализированная помощь детям с урологическими заболеваниями в Московской области в настоящее время, помимо МОНИКИ, организована в детских отделениях Люберецкой и Подольской больниц, а также в областной детской консультативной поликлинике.

Высокий процент выявления врожденных пороков развития мочеполовой системы послужил основанием для проведения исследований, направленных на разработку новых и усовершенствование прежних методов лечения. Были обоснованы принципы реконструктивно-пластических органосохраняющих операций при аномалиях мочевой системы. Анализ многолетнего клинического материала позволил разработать оптимальные методы диагностики и рациональные подходы к лечению больных с аномалиями верхних и нижних мочевых путей. Это дало возможность улучшить результаты лечения, на 3% уменьшить число органоуносящих операций и, соответственно, снизить раннюю инвалидизацию детей и взрослых.

Среди многообразия научных проблем важное место занимает разработка различных аспектов онкоурологии. Диссертационные исследования и монографии А.И. Маянца, М.Ф. Трапезниковой, Г.Ф. Дроздовского, Ю.Б. Аваша являлись для своего времени актуальными для определения диагностической и лечебной тактики при различных видах опухолей почек, мочевых путей и половых органов.

Важнейшими задачами урологической клиники на современном этапе являются разработка критериев ранней диагностики рака предстательной железы, а также изучение значимости и степени достоверности ряда биохимических критериев раннего рака и предраковых заболеваний предстательной железы. Весьма перспективны исследования, направленные на изучение биохимических маркеров костного ремоделирования для выявления поражений скелета. Эти исследования проводятся совместно с отделом патоморфологии МОНИКИ (руководитель – проф. И.А. Казанцева), а также с сотрудниками биохимической лаборатории РОНЦ РАМН им. Н.Н. Блохина (руководитель – чл.-кор. РАМН Н.Е. Кушлинский).

Исследования последних лет показали, что одним из ключевых моментов в прогрессировании, инвазии и метастазировании злокачественных новообразований различной локализации, в том числе и рака предстательной железы, является активизация ангиогенеза в опухолевой ткани. Клетки опухоли, приобретшие способность секретировать те или иные ангиогенные факторы и экспрессировать рецепторы к ним, используют механизмы ангиогенеза для диссеминации опухоли. Поэтому одним из направлений исследований в урологической клинике МОНИКИ является изучение биологического поведения злокачественных новообразований предстательной железы с использованием современных молекулярно-биологических методов. Это позволит выделить прогностические факторы и маркеры неблагоприятного течения заболевания, что, в свою очередь, даст возможность пересмотреть существующие подходы к диагностике и лечению рака предстательной железы. Принципы диагностики и лечения пациентов с предраковыми заболеваниями и раком предстательной железы внедрены в практику работы большинства урологических отделений больниц Московской области. Разработана областная целевая научно-практическая программа, посвященная адекватному лечению этого заболевания в ранней стадии, сокращению числа запущенных форм, снижению инвалидизации и преждевременной смертности мужского населения.

Одним из важных направлений лечебной и научной деятельности является проблема лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). В течение последних лет в связи с появлением новых медицинских технологий трансформировался подход к лечению пациентов с этим заболеванием. Сегодня предпочтение отдается более щадящим эндоскопическим операциям с использованием современной эндоскопической и лазерной техники.

Среди эндоскопических методов лечения ДГПЖ основными являются: трансуретральная резекция простаты (ТУРП), ТУР-вапоризация, электровапоризация простаты, ТУР в сочетании с электровапоризацией, трансуретральная инцизия простаты. При сочетании ДГПЖ с камнями мочевого пузыря и стриктурой уретры выполняются ДУВЛ с последующей ТУРП; ТУРП в сочетании с контактной цистолитотрипсией; одновременное выполнение ТУРП и внутренней оптической уретротомии.

При наличии соответствующих показаний важное место в лечении ДГПЖ отводится медикаментозной терапии. В зависимости от преобладания ирритативной либо обструктивной симптоматики применяются препараты группы альфа-адреноблокаторов или ингибиторы 5-альфа-редуктазы. В отдельных случаях, при сочетанной симптоматике, назначаются препараты в комплексе из обеих групп.

Перспективным направлением явилось применение временных и постоянных уретральных стентов у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией и абсолютными противопоказаниями к операции. Клиника и ряд ведущих отделений области располагают опытом применения как импортных уретральных стентов «МЕМОКАТ» (Германия), так и отечественных нитиновых (Фирма МИТ-Лтд, г. Железнодорожный). Внедрение современных прогрессивных методов лечения ДГПЖ позволило снизить общее число послеоперационных осложнений с 22 до 12,7%, а послеоперационную летальность – с 5,2 до 0,8%.

Важное значение имеет разработка новых и усовершенствование существующих методов лечения стриктур и облитераций мочеиспускательного канала у мужчин. Подавляющее большинство областных пациентов с рубцовыми обструкциями уретры (травматическими или послеоперационными) сосредотачиваются в урологической клинике МОНИКИ, где с помощью современного эндоскопического оборудования им выполняют сложные реконструктивные операции.

До внедрения в практику эндоскопических методов основным способом лечения стриктур и облитераций уретры были открытые операции по методу Хольцова и Соловова. Начиная с 1996 г., при лечении стриктур уретры стали применять эндоскопические методы – внутреннюю оптическую уретротомию, ТУР рубцов уретры, а также эндоскопическую реканализацию облитераций уретры под трансректальным ультразвуковым контролем. Выполняются также внутренняя оптическая уретротомия в сочетании с ТУР и без нее, эндоскопическая реканализация под трансректальным ультразвуковым контролем, лазерная реканализация уретры при помощи гольмиевого и YAG-неодимового лазеров.

Методика была представлена на X съезде Российского общества урологов (октябрь 2002, Москва) и Конгрессе международного общества урологов (сентябрь 2002, Стокгольм), а также на международных форумах в Эдинбурге, Будапеште и Монреале в 1997 г., в Нью-Йорке в 1998 г., в Стокгольме и Копенгагене в 1999 г. Повсюду была отмечена оригинальность идеи методики, доступность и технологичность ее применения.

Разработка малоинвазивных технологий лечения урологических осложнений у больных с пересаженной почкой относится к новейшим, приоритетным и перспективным направлениям научных исследований, проводимых в урологической клинике МОНИКИ и на базе урологического отделения ЦРБ города Коломны.

Осложнения в виде обструкции или некроза мочеточника пересаженной почки остаются одной из серьёзных причин ухудшения как ближайших, так и отдалённых результатов трансплантации. До настоящего времени основным методом лечения этих осложнений были открытые оперативные вмешательства. Однако эти операции травматичны, технически сложны при выполнении, плохо переносятся больными, имеют немало послеоперационных осложнений, что часто становится причиной потери трансплантата. Малоинвазивные методы лечения позволяют выполнять коррекцию таких осложнений менее травматичным и довольно эффективным способом.

За последние 10 лет в МОНИКИ проведено более 1000 пересадок почки. Урологические осложнения, связанные с мочеточником трансплантата, развились у 3,6% больных. Их устранение осуществлялось с помощью чрескожных оперативных вмешательств. Первоначальным этапом выполняли чрескожную пункционную нефростомию, в дальнейшем – бужирование, баллонную дилатацию стриктуры с последующей антеградной установкой мочеточникового стента или эндоскопическое рассечение стриктуры. Разрабатывались также современные технологии лечения камней пересаженных почек и мочеточников. Были определены показания к применению и обоснованы параметры ДУВЛ у больных с уролитиазом трансплантированных почек.

Итогом научных исследований, проводимых в клинике в течение последних 5 лет, явилось опубликование более 300 научных работ, в том числе 7 монографий, 19 журнальных статей, главы в «Руководстве по урологии», 5 методических рекомендаций, 10 пособий для врачей, 2 учебных пособий. Получено 7 патентов на изобретения. Защищены 4 докторские и 9 кандидатских диссертаций. Из 28 работ российских урологов, отобранных научным комитетом XXVIII Конгресса международного общества урологов (Стокгольм, 2002), 12 принадлежат ученым урологической клиники МОНИКИ. Представлены также программные доклады на пленумах Российского общества урологов (Саратов, 1998; Сочи, 2003; Тюмень, 2005), Всероссийской конференции «Мужское здоровье» (Москва, 2003), V Российской школе по оперативной и эндоскопической урологии (Москва, 2004). В целом, сотрудниками клиники и ведущими урологами области сделано около 100 научных докладов на отечественных и зарубежных урологических форумах, выполнено несколько показательных операций по применению новых технологий лечения.

Научные разработки урологической клиники МОНИКИ находятся в полном соответствии с отраслевой научно-исследовательской программой «Разработка новых и усовершенствование существующих методов профилактики, диагностики и лечения урологических заболеваний» и имеют конечной целью сделать эти разработки доступными для лечения больных Московской области.