



Интервю с д-р Радослав Горанов, началник на Гинекологично отделение

Петък, 30 Октомври 2015

Д-р Радослав Горанов е специалист акушер-гинеколог с допълнителни квалификации по оперативна гинекология, гинекологична лапароскопия, гинекологична ендокринология, ехографска и доплерова диагностика, хистероскопия. Магистър „Здравен мениджмънт“. С научни интереси в областта на онкологичната и оперативната гинекология. Семеен, с три деца.

Д-р Горанов, как виждате развитието на Отделението по гинекология?

Моята и на колегите ми цел е, спазвайки принципите на добронамереност и екипност, да се утвърдим като водещо звено и лидери в Югоизточна България. Специалността ни е обемна и многостранна, но акцент при нас ще бъде оперативната гинекология. Там има възможности, които са застъпени, но не се използват в обема, в който бих искал. Това касае развитието на нови техники, по-щадящи и по-предпочитани от пациентките.

Тук е мястото да обясните с какво се занимава Отделението по гинекология и кои са най-честите Ви случаи.

В отделението се извършват основно гинекологични операции – планови и спешни. Сред плановите най-честите са отстраняване на матката заради миома или пролапс (смъкване), както и такива при инконтиненция (незадържане на урина). В условията на спешност осигуряваме 24-часова високоспециализирана акушеро-гинекологична помощ. Това обхваща целия оперативен обем – всяка ситуация, застрашаваща здравето на жената или на бъдещата майка и бебе. Планово извършваме

всички гинекологични коремни, вагинални и лапароскопски (т.нар. безкръвни) операции. Тук е момента да спомена за вагиналната хистеректомия - отстраняване на матката през влагалището, а не през разрез в корема. Това води до намален риск от следоперативни усложнения и инфекции и бърз възстановителен процес. Тази техника е рутинна по света, но поради липсата на обучени специалисти не е широко прилагана у нас.

Не е достатъчно популяризирана и хистероскопията – миниинвазивен метод за диагностика и лечение на заболявания вътре в матката - миоми възли, полипи, ендометриални сраствания, септуми, анормални кръвотечения и др. Разполагаме с висококачествена техника и с добре обучен екип.

Т.е. коремните операции в гинекологията ще останат в миналото?

Категорично не. Всеки случай трябва да се прецизира. Класическите операции имат своите плюсове при много случаи. При тях има възможност за обстойно обследване и разширяване до нужния обем. Като пример през ноември 2014 г. Дружеството по гинекология на САЩ излезе със становището, че при жени около менопаузата (49 – 51 години) не се препоръчва лапароскопско отстраняване на матката, защото може да има неразпознат онкологичен процес и да се навреди. Безкръвните операции не са панацея, залитането към модерното може да бъде вредно за жената.

Т.е. ако на една жена й предложат отворена операция през корема и безкръвна, тя трябва да избере първата, нищо, че възстановяването ще бъде тежко?

Тук е мястото на гинеколога. Трябва да й бъде разяснено, ако е в рисковата група. При отстраняване на матката разглеждаме различни решения.

Не е ли по-добре да се запази матката, а да се отстрани само миомата?

Да, но при необходимост. Например ако е млада жена с незавършени репродуктивни планове. Ако е по-възрастна, без перспектива за последващи раждания, е по-добре матката да бъде отстранена изцяло. Затова казвам, че всеки случай трябва да се прецизира. Това бе и основен акцент на Националната конференция по онкогинекология октомври 2015 – индивидуален подход при всяка жена, но без компромиси с утвърдените стандарти за лечение на гинекологичните заболявания. Миомата например е по-често множествено заболяване – ако сега сме премахнали един възел, след време е възможно пациентката отново да е при нас с диагноза миома на матката. Точната преценка е много важна и гинекологичната квалификация определя нивото на диагностика и качеството на лечение. Действаме активно в посока непрекъснато подобряване на уменията на целия екип – курсове, допълнителни квалификации, овладяване на миниинвазивна хирургия. Много ценен за нас е опита на колеги с дългогодишна практика, работили и продължаващи да работят за отделението. Това е една разумна приемственост, на която разчитаме и им благодарим за тяхната помощ.

Отделението има и сектор за патологична бременност. Според вас увеличили ли са се рисковите бременности в последните години?

Трудно мога да дам такава статистика. Но категорично мога да твърдя, че вече има тенденция гинекологите в региона да не се колебаят, а да изпращат за хоспитализиране рисковите бременности при нас. Голям плюс за болницата е, че имаме неонатологично отделение на високо ниво, с квалифицирани лекари, които се грижат за децата, родени с ниско и екстремно ниско тегло. При рискови или усложнени бременности, при които се случва или се налага предтерминно родоразрешение, това значително увеличава шансовете на новороденото. Миналата седмица имаме 3 случая на бебета, родени в 28-30 седмица. Благодарение на колегите в отделението по неонатология, тези деца ще бъдат отгледани и ще имат едно нормално физическо развитие. Това е голямо наше преимущество.

Има ли начин да се прогнозира съвсем рано дали една бременност ще протече нормално, или не?

Има чрез т.нар. пренатална диагностика - ехография с апаратура от висок клас, съчетано при нужда с амниоцентеза. Амниоцентезата е процедура, даваща възможност за генетично изследване на брой хромозоми и тяхната структура. Изследването дава 99% точност дали бебето ще се роди с генетични увреждания – напр. синдром на Даун. Извършва се в ранните седмици на бременността, като от околоплодната течност се изтегля малко количество и се изследва в специализирана генетична

лаборатория. Такъв тип изследване сега се прави в София, там се взема и материалът. Работим в посока да извършваме манипулацията при нас, за да не пътуват жените до София, а да изпращаме пробата. Имаме подготвени специалисти, предстои да разрешим нещата административно. Тук е мястото да благодаря на ръководството на МБАЛ Бургас, че приема присърце предложените от нас идеи и работи така, че те да се случат.

Доколко бургазлийки обръщат внимание на своето здраве? Ходят ли редовно на гинеколог?

Според мен жените в Бургас имат добра здравна култура и са много информирани. Голям плюс при гинекологичните заболявания е сравнително бавния като време процес на развитие, с изключение на някои яйчникови тумори. Примерно минава период от десетина години, преди ракът да се развие. Профилактиката дава възможност заболяването да бъде хванато в начален стадий и да бъде лечимо. На профилактика подлежат жени над 21 години, или такива, водещи полов живот. Достатъчно е да правят веднъж годишно гинекологичен преглед и цитонамазка. В отделението предвиждаме организиране на профилактична програма, включваща безплатни гинекологични прегледи веднъж в месеца. Лично се ангажирам с това начинание.

Какво е становището Ви за ваксината против рак на маточната шийка?

Ракът на маточната шийка се асоциира с HPV - човешки папилома вирус. От познатите ни до момента 150 отделни типа 30 типа се предават при генитален контакт, от тях 13 са високорискови сред които са типове 16 и 18, определяни като най – опасни. Ваксината е срещу тези два типа, а има и такава, защитаваща от още два типа. Трябва да бъде направена преди жената да е започнала полов живот. Поставянето ѝ след започване на полов живот и при по-възрастни жени е безсмислено. На базата на съществуващите положителни фармакоикономически и клинични данни, ваксините срещу HPV са регистрирани във всички държави от Европейския съюз. Българската педиатрична асоциация също я препоръчва, но всеки родител трябва да направи информиран избор за своето дете, като се запознае с данните от проучванията и се консултира със своя лекар. Искам да успокоя жените при които е вече доказана HPV инфекция. Имаме щастието процесът да се развива в част на тялото, достъпна за оглед и стадийно лечение. Трябва да се прояви търпение, разумно очаквателно поведение и лечение „ по мярка“ под контрола на опитен гинеколог.