

## «Нужно уметь использовать современные технологии при тяжелых заболеваниях...»

*Тетелютина Фаина Константиновна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России. Лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники, лауреат профессиональной премии «Репродуктивное завтра России» (2012), заслуженный деятель науки и образования РАЕН, заслуженный работник здравоохранения Удмуртской Республики. Основатель научной школы «Женское здоровье при заболеваниях сердечно-сосудистой системы», председатель Удмуртской республиканской общественной организации «Ассоциация акушеров-гинекологов». Имеет более 400 печатных трудов, подготовила 17 кандидатов медицинских наук.*



— **Уважаемая Фаина Константиновна, почему Ваш выбор пал на медицинскую профессию, Вы из династии врачей?**

— В моем роду до меня врачей не было, я первая, но теперь мою семью можно смело назвать врачебной династией: сын, Тетелютин Антон Олегович, по линии отца уже в шестом поколении тех, кто выбрал своей специальностью медицину.

— **Какую роль в Вашей жизни, становлении как специалиста сыграл первый учитель? И кого из наставников Вы хотели бы еще вспомнить?**

— Моим первым учителем и наставником был ведущий российский ученый-физиолог, известный специалист в области физиологии подкорковых структур доктор медицинских наук, профессор, ректор Ижевской государственной медицинской академии Георгий Ефимович Данилов. Он внес большую лепту в мое становление и как врача, и как человека. Это был удивительный организатор, порядочный и принципиальный человек. С любым сотрудником ему всегда удавалось находить общие интересы. Занимаясь с нами в студенческом кружке, он учил проводить исследования, писать и оформлять научные работы, выступать на конференциях. Мы старались перенять его трудолюбие, умение выстраивать взаимоотношения с людьми и находиться на одной волне с собеседником.

После окончания клинической ординатуры по акушерству и гинекологии я работала заведующей женской консультацией медсанчасти «Ижмаш», главным врачом которой в то время была кандидат медицинских наук Тамара Васильевна Крупина. В консультации было 22 врачебных участка, это 65 тысяч женщин. При всеобщей диспансеризации населения мы первыми в Удмуртской Республике внедрили патронаж беременных и родильниц на дому, ввели специализированные приемы.

*«Нами был разработан алгоритм прегравидарной подготовки, ведения беременности, родов, послеродового периода, плода и новорожденного у женщин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы»*

В профессии акушера-гинеколога моим учителем была доктор медицинских наук, профессор Людмила Федоровна Шинкарева, которая создала школу по изучению эндометриоза. Поэтому свою первую диссертацию я написала на тему «Функциональное состояние щитовидной железы у больных эндометриозом в динамике различных методов лечения».

— **Расскажите, пожалуйста, о кафедре акушерства и гинекологии Ижевской государственной медицинской академии, которую Вы возглавляете.**

— На кафедре я всегда совмещала лечебную работу с педагогической и общественной нагрузкой: входила

в состав парткома вуза и в течение семи лет была ответственным секретарем приемной комиссии. Мне нравится заниматься со студентами, читать лекции. Многих студентов я привела в нашу специальность.

В 2002 году защитила докторскую диссертацию, она называлась «Прогнозирование, доклиническая диагностика и профилактика перинатальной патологии у беременных с пороками сердца». В дальнейшем мои ученики защитили 17 кандидатских диссертаций

по проблеме взаимовлияния беременности и заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Врачу нужно понимать, как вести себя в трудных ситуациях, уметь грамотно оказывать помощь, использовать современные технологии при тяжелых заболеваниях. Поэтому еще в 1990 году нами был разработан алгоритм прегравидарной подготовки, ведения беременности, родов, послеродового периода, плода и новорожденного у женщин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в условиях специализированного диспансерного наблюдения на уровне региона.

Для диагностики ТЭЛА стали использовать ангиопульмографию, кавографию. Постановка каво-фильтров,

чресстернальная пульмонэктомия легочного ствола при тотальной ТЭЛА — все это позволяет сохранить жизнь женщины и реально снизить материнскую смертность.

В настоящее время на нашей кафедре активно разрабатываются несколько научных направлений, среди них дисплазия соединительной ткани у беременных женщин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, профилактика акушерских кровотечений и ТЭЛА, хронические воспалительные заболевания органов малого таза, невынашивание беременности ранних сроков и доброкачественные невоспалительные заболевания органов малого таза.

**— Насколько эффективным оказалось внедрение алгоритма оказания помощи беременным, роженицам и родильницам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в частности с ТЭЛА?**

— Это привело к резкому сокращению материнской смертности на клинических базах нашей кафедры. За время работы по алгоритму мы не потеряли ни одну родильницу с сердечно-сосудистым заболеванием.

**— Под Вашим руководством в регионе одними из первых в стране широко внедрили в акушерскую и гинекологическую практику эмболизацию маточных артерий при массивных кровотечениях, а также при миоме матки. Когда и как это было?**

— В 2002 году, когда я возглавила кафедру акушерства и гинекологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготов-

кой, главным предложением плаценты и ее вращением), и при массивных кровотечениях у больных раком шейки матки.

С докладом о результатах применения эмболизации маточных артерий (ЭМА) при массивных кровотечениях в акушерстве и гинекологии мы впервые выступили в 2003 году на международном конгрессе «Высокие технологии в акушерстве и гинекологии». С 2003 года широко используем ЭМА и ее комбинацию с агонистами гонадотропин-рилизинг гормонов при лечении миомы матки. Совместно с кандидатом медицинских наук Еленой Александровной Толстолицкой была исследована эффективность ЭМА у женщин с миомой матки — при бесплодии удалось восстановить фертильность у 68 процентов женщин, беременность закончилась родами у 56 процентов пациенток.

**— Как подобные методы лечения миомы матки оцениваются за рубежом? И много ли сторонников у эмболизации маточных артерий в нашей стране?**

— На высокую клиническую эффективность ЭМА при миоме матки указывают, в частности, N. Price и соавторы (2005), A. Raikhlin и M. O. Baerlocher (2007). Что касается Российской Федерации, то сейчас ЭМА используется в акушерстве и гинекологии во многих наших регионах, технология активно внедряется академиком РАН Галиной Михайловной Савельевой, членом-корреспондентом РАН Марком Аркадьевичем Курцером, профессорами Валентиной Григорьевной Бреусенко, Александром Леонидовичем Тихомировым, Юлией Эдуардовной Доброхотовой.

*«На наших клинических базах внедрена эмболизация маточных и внутренних подвздошных артерий при акушерских кровотечениях и при массивных кровотечениях у больных раком шейки матки»*

ки, совместно с заместителем главного врача по акушерско-гинекологической службе Галиной Петровной Феофилактовой и онкогинекологом Татьяной Александровной Прокопьевой мы внедрили на наших клинических базах эмболизацию маточных и внутренних подвздошных артерий при акушерских кровотечениях, особенно в случаях сочетанной патологии плаценты (в частности, у пациенток с цен-

**— В Удмуртии проводится масштабная работа по сохранению репродуктивного здоровья женщин. Какой опыт у врачей республики, на Ваш взгляд, могли бы позаимствовать коллеги из других регионов России?**

— На уровне регионов мы рекомендовали бы внедрить алгоритмы прегравидарной подготовки с возраста 14 лет, ведения беременности, родов, послеродового периода

и периода новорожденности при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, а также алгоритм ведения беременности, родов и послеродового периода при повышенном риске тромбообразования и ТЭЛА.

**— Сегодня происходит реорганизация последипломного образования врачей, внедряется модель непрерывного медицинского образования. Каким Вы его видите? Какие его составляющие уже сегодня используются в Удмуртии?**

— Уверена, что у непрерывного постдипломного образования большое будущее, ведь оно поддерживает уровень знаний и навыков врача в течение всей его жизни. Пассивные формы восприятия информации уступают место интерактивным, большую роль должны играть телекоммуникационные технологии. Благодаря им специалисты имеют возможность познавать новое, они ближе к живому общению и позволяют огромному числу врачей прослушивать лекции лучших специалистов. Однако у этих технологий есть и минусы — ограничение во времени и невозможность применения без соответствующих экономических ресурсов. В нашей академии мы планируем организовать кабинет телекоммуникаций.

Сейчас у врачей республики есть широкие возможности для повышения образовательного уровня: сотрудники кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ПП были на стажировке в США, Венгрии, регулярно проходит множество межрегиональных научно-практических конференций, с 2014 года под руководством доктора медицинских наук, профессора, заслуженного деятеля науки РФ Виктора Евсеевича Радзинского в рамках национального проекта «Образование» в республике проводятся семинары ведущих российских кафедр. В действующем в академии симуляционном центре проходят мастер-классы по вакуум-экстракции плода, медикаментозному аборт.

**— Что бы Вы хотели пожелать молодым специалистам?**

— Целеустремленности и трудолюбия в познании профессии и освоении новых технологий.

Специально для *Доктор.Ру*  
Елисова О. В.