

«Сегодня в России показатель материнской смертности не отличается от показателей других цивилизованных стран мира...»



Радзинский Виктор Евсеевич — член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского факультета Медицинского института Российского университета дружбы народов. Заместитель председателя Экспертного совета ВАК РФ по хирургическим дисциплинам.

Президент Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС), вице-президент Российского общества акушеров-гинекологов, действительный член Международной академии наук Высшей школы и Украинской Академии наук, член Всемирной и Европейской ассоциаций акушеров-гинекологов, Президиума Научного общества акушеров-гинекологов РФ.

Автор 18 монографий, более 570 статей, 15 учебников и 18 изобретений. Под руководством Виктора Евсеевича защищены свыше 50 докторских и более 250 кандидатских диссертаций. Заслуженный деятель науки РФ, почетный работник высшего профессионального образования РФ.

— **Уважаемый Виктор Евсеевич, в последние десятилетия в отечественной акушерско-гинекологической службе произошли значительные изменения. Что улучшилось и что, на Ваш взгляд, позволило добиться этих перемен? Какие первоочередные задачи стоят перед акушерами-гинекологами сегодня?**

— За последние полтора десятилетия изменений в акушерско-гинекологической службе произошло больше, чем за предыдущие полвека. Это стало возможным благодаря смене парадигмы организации акушерской и перинатальной помощи. В ее основу теперь положена концепция территориального перинатального центра — учреждения, осуществляющего мониторинг состояния здоровья беременных всего региона (области, края, республики) и концентрирующего в своих стенах женщин с высоким акушерским и перинатальным риском.

В сельской местности произошедшие изменения носят просто революционный характер. Каждая взятая на учет беременная должна быть под наблюдением перинатального центра начиная с дородового этапа оказания медицинской помощи, где будет рассчитана ее индивидуальная степень риска в динамике, соблюдены существующие протоколы, включая интерпретацию результатов обследований, и при

необходимости обеспечена ее госпитализация в акушерский стационар соответствующего уровня. Результат — женщины стали реже умирать, о чем свидетельствует статистика. Сегодня в России показатель материнской смертности не отличается от показателей других цивилизованных стран мира, в том числе в отношении материнских потерь, связанных с экстрагенитальными заболеваниями. А от кровотечения наши женщины при родах умирают в два раза реже, чем во всем мире. Почему? Потому что современные родовспомогательные учреждения используют современные медицинские и перинатальные технологии и призваны работать в четком соответствии с утвержденными протоколами.

Мы стали свидетелями резкого снижения на протяжении десяти последних лет частоты возникновения послеродовых инфекций и у детей, и у матерей. Причина проста — смена идеологии. Вместо попытки создать стерильный родильный дом, ужесточая санитарно-эпидемиологический режим или добиваясь «стерильного влагилица», на вооружении врача сегодня — современные технологии борьбы с инфекцией, которые подразумевают чистые руки, а не войну с микробами, которых в каждом из нас проживает более 10 000 наименований общим весом 2,5 кг. Все совсем наоборот — мы нала-

живаем взаимодействие с этими микробами: не бреем, не катетеризируем и вообще мало вмешиваемся в физиологический процесс деторождения.

В российских перинатальных центрах успешно ведут борьбу со второй по значимости проблемой после материнской смертности — преждевременными родами. Их за последние 60 лет меньше не стало. Последний европейский протокол признает, что в ближайшие 10–15 лет ситуация не изменится. Раньше беременные рожали раньше срока в ближайшем родильном доме, и недоношенный ребенок зачастую погибал, а теперь при начавшихся преждевременных родах малыша еще в утробе матери успевают доставить в перинатальный центр, в стационар третьего уровня, где есть все условия для его выхаживания.

Задача, которая сейчас стоит перед акушерами, — добиться показателей, отличающихся не в разы от показателей самых развитых стран, а всего лишь на проценты. Современная трехуровневая система оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде позволяет это сделать. Однако пока еще есть и нарушения при госпитализации, когда перинатальные центры используют не по назначению, направляя в них женщин с экстрагенитальными заболеваниями. В соответствии с Приказом Минздрава

РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н беременные с любыми экстрагенитальными заболеваниями должны получать помощь в профильных отделениях. При необходимости акушеры придут и сделают кесарево сечение. Такова практика во всем мире.

— **Не так давно вышло второе издание Вашей книги «Акушерская агрессия». Несколько слов о ней.**

— Эта книга о преодолении стереотипов. О том, чего не надо делать в акушерстве, об анахронизмах, с которыми борется современное акушерство. О полипрагмазии, об агрессивной дистрибуции препаратов, о спекуляции на невежестве врачей. Фармакологическая агрессия — следствие глупостей, которые продолжают совершать врачи, назначая порой уже просто нелепые средства, унаследованные от предков. Никакая Но-шпа и никакой Магне В6 не показаны беременным, они не входят ни в какие клинические протоколы. К сожалению, у нас нет доказательной базы по применению при беременности многих фармакологических препаратов, ставших рутинными для российского акушера-гинеколога. Но надо понимать, что легитимно назначать лишь те лекарственные средства, которые перечислены в Государственном регистре лекарственных средств и разрешены для применения в Российской Федерации для беременных.

А бритье волос на лобке, а обязательная клизма при поступлении в роддом, катетеризация мочевого пузыря после родов, лед на низ живота — четыре хорошо известных анахронизма, с которыми борется современное акушерство? К сожалению, борьба до сих пор не окончена, слишком сильна сила привычки. Но ведь уже доказано, что эти меры инфекции не снижают, а размножают, и кровотечения не профилируют.

А ранняя выписка, за которую мы ратуем уже много лет? В 2010 году был утвержден новый САНПиН, который разрешил и утвердил почти все, что требовалось: совместное пребывание матери и ребенка, отмену наблюдательных отделений, — но из-за необходимости прививки новорожденному БЦЖ на третьи сутки в стенах роддома так и не разрешил раннюю (на вторые сутки после родов) выписку.

Нас, акушеров, полностью поддерживают многие эпидемиологи, фтизиатры. Понятна боязнь чиновников высокого уровня, как бы чего не вышло, как бы не

создать условия для вспышек туберкулеза из-за утраты контроля за вакцинацией БЦЖ. Но в Японии, например, ее делают в первые сутки после рождения малыша. Если бы существующая ныне педиатрическая служба была способна гарантированно обеспечить вакцинацию детей на участке, либо если бы государство поставило целью закупить (уж не говорю — разработать!) вакцину, такую, как в Японии, которую можно применять на первые сутки после родов, выгода для общества была бы весьма значительной.

А упорная госпитализация беременных за 3 недели до родов. Зачем? Ведь даже женщины из группы высокого риска, которых следует госпитализировать заблаговременно, должны попадать в роддом ближе к сроку родов, то есть ближе к 40 неделям, а для повторного кесарева сечения — к 38,5 неделям! В 37 недель им там делать нечего. Праздно лежащая в акушерском отделении беременная пробуждает в акушерах самые страшные проявления акушерской агрессии — желание инициировать начало родов и искусственно ускорить родовый акт. Отсюда — амниотомия без показаний и стимуляция родовой деятельности при отсутствии биологической готовности к родам. В книге весьма образно описан «синдром крокодила» — крокодил, как известно, не способен ходить задом. Так и из нашего отделения патологии выход только один — через родзал. И это при том, что амниотомия при незрелой шейке матки в 16 раз увеличивает общее число осложнений родового акта и в 6 раз — частоту кесарева сечения.

— **Только что под Вашей редакцией увидела свет монография «Нехирургический дизайн промежности». Расскажите, пожалуйста, о наиболее перспективных направлениях развития эстетической и реконструктивно-пластической гинекологии.**

— Нехирургический дизайн — это модное течение, имеющее опережающее научное обоснование. У нас ранее вышли две книги, одна даже двумя изданиями: «Патология влагалища и шейки матки» в 1998 году и «Перинеология» в 2006, 2010 годах. Последняя — свод всех сведений о женской промежности. В частных клиниках в последние годы особенно востребована современная технология нехирургического дизайна, позволяющая при помощи малоинвазивного вмешательства воссоздавать анатомию

и восстанавливать утраченные функции вульвы, влагалища и промежности: реже — навсегда, чаще — временно, как альтернатива большой хирургии на определенном этапе. Как правило, результат вполне удовлетворяет женщину и ее партнера, улучшает женское здоровье, сексуальную функцию и так далее. Книга «Нехирургический дизайн промежности» ожидаемо оказалась очень популярной, поскольку она содержит всю новую информацию, необходимую для понимания будущего развития эстетической гинекологии с использованием возможностей большой и малой реконструктивной хирургии.

— **Качественная медицинская помощь вообще, а в акушерстве и гинекологии особенно, невозможна без соответствующей подготовки специалистов. Какие перемены ждут систему до- и последипломной подготовки врачей акушеров-гинекологов?**

— Какие перемены ждут нашу многострадальную систему подготовки врачей-специалистов, никто пока (или уже?) точно не знает. За три последних года сложилось достаточно стройное представление о непрерывном медицинском образовании как о форме, при которой врач по-прежнему аттестуется как специалист каждые пять лет, но ежегодно набирает себе баллы, или кредиты. Теперь появились сообщения о том, что эта система еще не имеет под собой нормативной базы. Что будет дальше, можно лишь предполагать.

В то же время введенная в прошлом году аккредитация выпускников медицинского вуза после государственного экзамена стала мощным дисциплинирующим фактором. Все тесты представлены в электронном виде, все этапы аккредитационного испытания объективны. Если российская ментальность не испортит эту идею, как произошло с ЕГЭ, то задумка хорошая. ЕГЭ тоже было хорошей идеей, турки с его помощью успешно поборили коррупцию в высшей школе, а вот у нас пока не получается.

— **Виктор Евсеевич, Вы много лет наряду со студенческой возглавляете кафедру факультета повышения квалификации медицинских работников. Что Вы думаете по поводу реформирования последипломного медицинского образования и медицинской науки?**

— Почему всех перестала устраивать предыдущая модель последипломного

образования? На мой взгляд, причина прежде всего кадровая. Ассистент кафедры, кандидат наук 30 лет назад получал 280 рублей, а я, заведующий отделением, будучи тоже кандидатом наук, получал 130 рублей. Сейчас все вузы, и наш в том числе, испытывают большие трудности с подбором кадров. Для меня как руководителя огромная проблема — найти молодых преподавателей на обе кафедры, потому что зарплаты мизерные.

Перемены в системе последипломной подготовки назрели, они необходимы. Но ведь не в группах по 15–20 и более человек. Обучение врача должно быть максимально индивидуализированным и осуществляться в основном по типу прикомандирования на рабочем месте. Важно, чтобы тебя не только учили, но и научили клиническому мышлению, мануальному навыку. Наша кафедра с этой точки зрения очень востребована, в том числе на выездных циклах, когда мы приезжаем, делаем обходы, участвуем в операциях, проводим деловые игры.

Что касается науки: любая наука держится на одних и тех же постулатах. Это очень хорошо продемонстрировала ВАК, которая в перестройку оказалась самым востребованным учреждением, ибо декларировала, что не отказывается в экспертизе и защите диссертации ни одному гражданину ни одной страны, лишь бы его основной диплом был нострифицирован в России.

Теперешнее ужесточение требований к диссертациям привело, прежде всего, к уменьшению их количества. И это хорошо. Но та часть реформы, которая вначале отменила соискательство, оказалась плохой идеей прежде всего для врачей. Потому что ровно 50% врачей, хороших, честных, способных, уже переросли себя, многого достигли. Им хочется обобщить опыт, повысить свой статус. Мы боролись за возвращение соискательства и победили. Через год появилась форма прикрепления к вузу для завершения кандидатской диссертации. И опять врачи стали работать и заниматься наукой.

— Будучи членом-корреспондентом Российской академии наук и экспертом ВАК РФ, как Вы оцениваете перспективы развития медицинской науки, прежде всего в области акушерства и гинекологии?

— Вся беда любой науки в разобщенности. И наоборот, всегда есть

польза в интеграции. Когда гинекология лишается полностью фундаментальных основ, молекулярно-биологических методов исследования — это крах. Именно этому посвящено Постановление Президиума РАН (август 2017 года) — единению вузовской и академической науки. Клинические и биологические вопросы должны решаться фундаментальными методами. Все необходимое сегодня может обеспечить только взаимодействие между специальностями.

— Виктор Евсеевич, Вы основали профессиональное сообщество, которое символично назвали МАРС. Каковы его миссия и цели?

— Взаимодействие между специальностями. Иностранцы все время спрашивают: кто такие эндокринологи? Это те, кто лечит диабет и щитовидную железу? Это должен делать врач общей практики. А диабетолог и тиреолог — на пятимиллионный город один человек. А кто такой гинеколог-эндокринолог? Ведь 80% гинекологических заболеваний эндокринно детерминированы. Абсурд! Амбулаторный акушер-гинеколог, как и во всем мире, должен уметь делать все. Поэтому мы учредили МАРС, чтобы за репродуктивное здоровье не отвечали только акушеры и гинекологи.

Акушеры, гинекологи, педиатры, эндокринологи, терапевты — когда собираются все эти специалисты вместе, тогда и происходит все самое интересное и необходимое сегодня — специалисты слышат друг друга.

Сегодня в акушерско-гинекологической практике очень много междисциплинарных проблем. Их и пытается решить МАРС.

— Кроме научных монографий, Вы пишете и другие книги. Книгу «Фронтовые письма», рассказывающую об истории Вашей семьи, о жизни в годы войны, невозможно читать без слез. Недавно Вы в соавторстве со своей дочерью Еленой выпустили еще одну семейную книгу. О чем она?

— За весьма долгую жизнь нашим семейным хобби — сначала вместе с женой, потом и с дочерью — стало собирание картин. Не те, которые собирают, чтобы вкладывать деньги, а совсем другие. Это восходит к Хемингуэю: «Праздник, который всегда с тобой», когда Хемингуэй с первой женой Мэри

были у Гертруды Стайн. Гертруда увидела, как они любят картины. И она подошла и сказала: «Я вижу, вам нравятся мои импрессионисты, но не обращайте на них внимания. У Вас никогда не будет денег, чтобы их купить, однако я дам вам совет. Покупайте любые понравившиеся работы, невзирая на автора, стиль, его направление. Главное, чтобы нравилось».

Примерно по такому принципу у нас и сложилась коллекция. Мы ее описали, сдали, прокомментировали, и книга получилась интересной.

— Известно, что Вы давно увлекаетесь туризмом, в том числе экстремальным, занимаетесь рафтингом. А более спокойные хобби у Вас есть? Ваша любимая книга? Любимый спектакль? Любимая песня?

— Я всю жизнь занимаюсь туризмом. Различным: горным, водным. Рафтинг, виндсерфинг. В спокойные игры не играю, шашки, шахматы, карты — это не мое. Любимым спектаклем в моей памяти был и остается по сегодняшний день спектакль театра на Таганке «Павшие и живые». В юности на меня он произвел мощнейшее впечатление. Из любимых книг в юности — «Мастер и Маргарита», а из современных писателей — Алексей Иванов, потому что его разноплановость потрясает. Мы в Перми с ним познакомились лично, он и человеком оказался весьма интересным. Любимая музыка — симфоническая, джаз, а из песенных — Окуджава и Визбор.

— Что бы Вы, клиницист, известный ученый, педагог со стажем и просто мудрый человек, пожелали начинающим врачам сегодня? Ваши напутствия читателям нашего журнала?

— Читать, читать и еще раз читать! Особенно начинающим врачам. Они сегодня очень быстро удовлетворяются полученными в вузе знаниями. Самое страшное, что они принимают как должное то, что при выходе на работу им говорят: «Забудьте все, чему вас учили в вузе». Сейчас без доступа к нормальной информации, хотя бы русскоязычной, я уж не говорю про англоязычную, к сведениям, которые есть в разумных разделах Интернета, а именно в специальных и легитимных, жить и быть востребованным в своей специальности невозможно.

Специально для *Doctor.Ru*
Елисова О. В.