

## «С гордостью могу сказать, что наша хирургия ни в чем не отстает, а во многом даже опережает зарубежную»

*Попов Александр Анатольевич — доктор медицинских наук, профессор, врач высшей квалификационной категории по специальности «акушерство и гинекология», руководитель отделения эндоскопической хирургии ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» (МОНИИАГ). Член ученого совета МОНИИАГ, с 2002 года — член специализированного ученого совета. Основные направления научной и практической деятельности — хирургическое лечение бесплодия, лечение доброкачественных заболеваний матки и придатков, генитального пролапса и недержания мочи, а также онкогинекологических заболеваний. Профессор А. А. Попов — автор более 200 научных работ, четырех монографий, обладатель пяти патентов на изобретения. В составе группы ученых за ряд работ по эндоскопии в гинекологии отмечен премией Правительства РФ (2001).*



— Александр Анатольевич, что повлияло на Ваш выбор профессии врача? Почему Вы решили стать именно акушером-гинекологом?

— Мой прадед, в честь которого меня назвали, мечтал, что кто-то из внуков станет врачом, и все время говорил об этом моему дедушке. Внукам не суждено было воплотить его мечту, и, видимо, решили отыграться на мне. Папа сказал: «Будешь врачом!» Знаете, когда я перешагнул порог медицинского института и попал на первое занятие по анатомии, я влюбился в медицину!

Окончил ординатуру «общим хирургом», а потом занялся минимально инвазивной хирургией. Эндоскопические операции тогда делали врачи-эндоскописты, которые работали в разных направлениях хирургии: удаляли желчный пузырь, миому, кисты и так далее. Постепенно гинекологические больные стали заметно превалировать над другими пациентами, кому мы выполняли такие вмешательства, и встал вопрос о получении специальности гинеколога. Я прошел специализацию по гинекологии, ординатура осталась по хирургии. Затем поступило предложение от директора МОНИИАГ Владислава Ивановича Краснопольского занять должность руководителя отделения эндоскопической хирургии. С тех пор вот уже более двадцати лет работаю в гинекологии.

— Кому из Ваших наставников Вы особенно благодарны?

— Я учился в Астраханском медицинском институте. Там мне очень повезло с учителями, преподаватели вкладывали в нас душу. Виталий Григорьевич

Вальтер — блестящий хирург, интеллигент, внешней и внутренней красоты человек, очень высоко ценивший ум, порядочность, научные познания. Таких наставников, к сожалению, мало сейчас. Татьяна Яковлевна Пшеничникова — в то время руководитель отделения женского бесплодия в Российском центре акушерства, гинекологии и перинатологии. Она поразила меня тем, что была англоязычна, тогда это было редкостью. Татьяна Яковлевна работала во Всемирной организации здравоохранения, имела свой кабинет в Женеве, и в то же время трудилась в Москве. Была привержена современным методам лечения и выбирала из общего потока молодых врачей тех, кто был «агрессивно» (в хорошем понимании этого слова) настроен на науку. Так я попал в ее «сети», и затем она очень способствовала тому, чтобы я получил специализацию в Германии. К сожалению, ее сегодня нет с нами, но неизгладимая память о ней осталась. И, конечно, огромное влияние на формирование как врачебного, так и человеческого понимания мною моей работы по сей день оказывает академик РАН, профессор Владислав Иванович Краснопольский.

— Вы выполняете гинекологические эндоскопические операции всех видов, в том числе повышенной сложности и уникальные вмешательства, и являетесь основателем школы профессиональной подготовки специалистов в области урогинекологии и эндогинекологии. Как в Вашем отделении внедряются в практику эндоскопические технологии?

— Отделение эндоскопической хирургии МОНИИАГ четырнадцать лет подряд проводит циклы повышения квалификации по урогинекологии, которые врачи оценивают очень высоко. За две недели стараемся представить квинт-эссенцию лечения генитального пролапса, передать свой опыт. Разработали несколько программ по эндохирургии в гинекологии, которые получили аккредитацию. Педагогическая деятельность позволила сформировать свой взгляд на некоторые виды операций, основанный на собственном опыте и тех знаниях, которые удалось собрать по всему миру.

В силу особенностей работы нашего отделения, его уникальных возможностей нам удалось комплексно овладеть минимально инвазивными технологиями (лапароскопическими и вагинальными операциями), что не всегда выполнимо в других клиниках. У меня много друзей за рубежом. Некоторые из них блестяще владеют лапароскопическими операциями, но не оперируют вагинально, и из-за этого проблема оказания помощи решается ими однобоко. Мы же оперируем тремя доступами — лапароскопически, вагинально и «открыто», — что позволяет провести лечение с лучшего ракурса.

— В какой области гинекологии применение эндоскопических технологий позволило добиться особенно значимых результатов?

— Конечно, в области урогинекологии. Эти заболевания (выпадения матки и влагалища) и функциональные расстройства (например, недержание мочи) имеют социальную значимость,

оказывают влияние на качество жизни. Раньше использовали памперсы или кольца, которые не решали проблем. Сегодня требования к качеству жизни женщины очень высоки. Теперь есть технологии, при которых после операции женщина сразу начинает удерживать мочу, а прежде мы говорили: «Давайте полгода понаблюдаем, позанимайтесь гимнастикой, и дальше будем решать, что можно сделать». В прошлом после пластики по поводу пролапса мы поднимали больную на пятые сутки, выписывали через две-три недели, полтора месяца рекомендовали не сидеть. Современные технологии позволяют в два-три дня реабилитировать такую больную и выписать домой, мы разрешаем пациенткам сразу садиться, быстрее начинать физически трудиться, гораздо раньше жить половой жизнью. И результаты получаем лучше.

Или возьмем, например, такую проблему, как эндометриоз. Частота заболевания растет, и главное — среди молодых женщин. При этом в определенных регионах (например, в Норильске) имеются целые когорты таких пациенток, а на Кавказе женщин с эндометриозом практически нет. Этиология и патогенез заболевания до конца не ясны. Причин много, среди них реализация генетического фактора, влияние веществ из внешней среды и так далее. Благодаря эндоскопическим операциям сегодня достигнут прогресс в лечении эндометриоза.

**— Тема этого выпуска «Доктор.Ру» Гинекология — «Экспериментальная и клиническая репродуктология». Каковы современные возможности преодоления бесплодного брака и какая работа в этой области проводится в Вашем отделении?**

— Мы усовершенствовали ряд операций на матке и придатках: удаление миоматозных узлов, пластику маточных труб, проведение лапароскопии при беременности и многое другое. К сожалению, часть женщин после таких вмешательств имеют многочисленные рубцы на матке. После ампутации шейки матки (а количество этих пациенток увеличивается за счет предраковых и злокачественных заболеваний шейки матки) матка не может выполнять свою функцию плодоставности. Нами разработана и внедрена операция церкляжа матки, что позволило уже шестнадцати женщинам доносить беременность.

Внутренняя форма эндометриоза часто приводит к тому, что матка утрачивает способность к зачатию и вынашиванию беременности. Проблемы такого рода могут решаться путем суррогатного материнства, но это сложно и морально, и экономически, и юридически. В недалеком будущем можно ожидать движения в сторону трансплантологии в гинекологии. Есть уже публикации о выполненных в Швеции девяти пересадках матки, о четырех новорожденных после этих операций. Пересадки матки проводились посредством роботической хирургии. Не могу сказать, что заказ общества на такие операции огромен, но, возможно, со временем технология отработается. Для нас, да и для всего мира, это абсолютно ново.

По поводу трубного бесплодия: раньше этих женщин мы оперировали по три-пять раз, но безрезультатно. В конечном счете пациентку ждали трубная беременность и тубэктомия. К сорока годам женщину направляли на ЭКО, которое в этом возрасте было уже трудно выполнимо. Сейчас концепция лечения трубного бесплодия меняется: активнее предлагаются вспомогательные репродуктивные технологии. Если мы видим, что желаемого результата нет, сразу направляем на ЭКО. И, соответственно, сейчас очень высоко взаимопонимание между репродуктологом и хирургом. Мы сотрудничаем с отделением репродукции МОНИИАГ, руководит которым профессор Ксения Владиславовна Краснопольская. До ЭКО больные поступают к нам для хирургической подготовки: разделения спаек, удаления кист яичников, тубэктомии и так далее. И сегодня мы имеем хороший показатель: частота наступления беременности составляет 30–35 процентов.

**— Вы проходили стажировки по проблемам эндоскопической хирургии в гинекологии во Франции, Бельгии, США, Германии. Насколько отечественная эндоскопическая хирургия соответствует мировым стандартам?**

— Многие зависят от того, что мы будем сравнивать. С гордостью могу сказать, что наша хирургия ни в чем не отстает, а во многом даже опережает зарубежную. Свидетельство этому — приглашение наших специалистов в иностранные обучающие центры (Страсбург, Клермон-Ферран) в качестве преподавателей. На последнем курсе в тренинг-центре IRCAD (Страсбург) было

двенадцать преподавателей из разных стран мира, в том числе из России. Интерес к нашей работе подтверждает широкое участие в международных симпозиумах: мы по три-четыре раза в год всем отделением выезжаем с презентациями, видеодокладами.

Но ситуация с эндоскопической хирургией в целом по стране не везде благополучная: даже если в центрах закуплено оборудование, в них может не быть подготовленных кадров. Закупая оборудование, необходимо сразу обучать тех, кто будет на нем работать, — это как зерна, которые должны быть посажены в хорошую почву. А мы разбрасываем зерна в пустыне и удивляемся, почему ничего не растет. Никогда ничего не вырастет без должного ухода.

**— Помимо клинической деятельности, Вы как профессор много времени уделяете последипломному образованию врачей. Поделитесь, пожалуйста, своим мнением об изменениях, которые сегодня происходят в системе до- и последипломного медицинского образования.**

— Думаю, грядет время больших перемен. Подписана Болонская конвенция по адаптации нашего постдипломного образования к европейским нормативам. Убежден, невозможно подготовить узкого специалиста за два года. Например, постдипломное образование акушера-гинеколога в Европе длится пять лет. А что мы видим у нас? Молодой специалист проходит интернатуру и через год вынужден ехать работать гинекологом. Он даже не знает, как выглядит больная с раком яичника, как выглядит шейка матки, пораженная злокачественной опухолью. Я за такого специалиста боюсь.

Другая ситуация: доктор после института остается в ординатуре, а потом в аспирантуре. Его последипломное обучение занимает уже пять лет. За это время он может пройти важные дисциплины: онкогинекологию, детскую гинекологию, неонатологию и другое, — что позволит ему стать высококлассным специалистом. И мы можем уже за этого специалиста не краснеть. Есть ли у нас сегодня готовность перейти к обучению по новой схеме? Этим должно заниматься правительство. Конечно, такой подход потребует и соответствующей подготовки преподавателей.

Специально для *Доктор.Ру*  
Хамошина М. Б.