

## «Мы первые начали изучать перинатологию»



*Савельева Галина Михайловна — академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, в течение 30 лет заведующая кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, вице-президент Российской ассоциации акушеров-гинекологов.*

*Г. М. Савельева — автор более 500 научных работ, в том числе 17 монографий, она подготовила 122 кандидата и 37 докторов медицинских наук. За научную, педагогическую и общественную деятельность Г. М. Савельева награждена орденами «Знак Почета» (1976), Дружбы (1997), «За заслуги перед Отечеством» IV степени (2007), удостоена премии имени В. С. Груздева (1985), Государственной премии СССР (1986), премии имени В. Ф. Снегирева (1994).*

— **Галина Михайловна, как Вы пришли в профессию?**

— В детстве я мечтала стать педагогом, как моя мама. Когда готовила уроки в начальной школе, рассаживала кукол и все им рассказывала.

В старших классах меня очень увлекла медицина. В то время шла война, и в летнее время я старалась найти себе какое-нибудь дело в госпитале. Отец моей подруги устроил меня в лабораторию. Там меня научили брать кровь, проводить элементарный анализ крови. Мне это очень нравилось. И, самое главное, я впервые попала в операционную, увидела, как оперируют раненых, и решила, что это мое дело. Тогда я училась в восьмом классе.

После школы — медицинский институт, как полагается. В то время можно было выбрать между Первым и Вторым медицинскими институтами. Я выбрала Второй Московский государственный медицинский институт, потому что считалось, что в Первом студенты не учатся, а только о себе воображают (*смеется*).

Школу я окончила всего с одной четверкой, поэтому благополучно и без особого труда сдала экзамены в вуз. А вот в институте первые два года были очень сложными. Я ничего не понимала: почему лекции одни, практические занятия другие, а на экзаменах спрашивают третье. Поэтому я всю жизнь с пониманием отношусь к первокурсникам.

Потом все наладилось, обучение в институте подходило к концу, и нужно было выбирать свое направление в профессии. Я хотела стать хирургом, но на четвертом курсе встретила своего

будущего мужа, а он тоже собирался быть хирургом. Когда мы поженились, решили: два хирурга в одном доме — это слишком. Тогда-то я и ушла в акушерство и гинекологию. И не жалела никогда, что выбрала эту тяжелую специальность.

А потом так случилось, что я стала преподавать в медицинском вузе. Вот и сбылась, получается, моя детская мечта.

— **Созданная Вами научная школа по итогам конкурса Российского фонда фундаментальных исследований признана ведущей научной школой Российской Федерации. Это признание нашло свое отражение в грантовой поддержке Президента РФ в течение последних лет. Расскажите, пожалуйста, об основных направлениях Вашей школы.**

— Действительно, в течение многих лет наши научные разработки удостоивались грантов Президента РФ. Наша школа особенна тем, что мы одни из первых начали изучать перинатологию, науку, которая, по сути, родилась в 1973 году на кафедре моего учителя академика АМН СССР Леонида Семеновича Персианинова. Он входил в пятерку ученых мира, которые создали эту дисциплину — науку о здоровье будущих поколений.

Перинатология — это очень обширное направление научного поиска, потому что жизнь и здоровье ребенка зависят не только от того, как протекает беременность, но и от состояния здоровья женщины до зачатия, и от многих других факторов. Поэтому со временем и гинекологию в какой-то мере

подчинили проблемам и потребностям перинатологии.

Наша научная школа давно и очень тщательно изучает бесплодие, возможности органосохраняющих операций. За эти разработки мы получили премию Правительства РФ.

На первом этапе все это было в большей степени связано с исследовательской работой и внедрением такого щадящего метода, как эндоскопическая хирургия. Мы одними из первых начали изучать эндоскопию: и лапароскопию, и гистероскопию. В дальнейшем мы внедрили другие свои разработки в практику лечения миомы матки, стали использовать эмболизацию маточных артерий, которая приводит к тому, что узел уменьшается. В результате либо возникает возможность его удалить, либо он становится малым настолько, что женщина может забеременеть. Значит, у пациенток, которым раньше просто удалили бы матку, сегодня появилась возможность зачать, выносить и родить здоровых детей. Это направление работы нашей научной школы было дважды отмечено Государственной премией Правительства РФ.

А проблемы перинатальной медицины попросту нескончаемы! Сейчас активно изучаются вопросы недонашивания: во всем мире в силу многих причин процент преждевременных родов довольно высок. Снизить его не удастся, несмотря ни на какие старания врачей.

Сейчас очень большое внимание уделяется тому, как выходить недоношенных детей и как предотвратить преждевременные роды.

Еще одно направление, которое можно отнести к основе основ нашей работы, — это снижение частоты и риска раковых заболеваний матки у женщин пожилого возраста.

— **Получается, что все разработки кафедры так или иначе обретают практическое применение?**

— Все имеет практическое значение. Мы выпускаем методические пособия для врачей, наши преподаватели ездят по России, выступают с докладами на конгрессах, участвуют в международных мероприятиях. И я считаю, что большой разницы между достижениями за рубежом и у нас в настоящее время нет. Сейчас наука открыта. Технология, применяющаяся за рубежом, сразу появляется и у нас.

— **А существует ли разница в ведении гинекологических больных у нас и за границей?**

— Существенной нет, конечно. Мы, пожалуй, в какой-то мере были впереди, когда разработали эмболизацию маточных артерий, а сейчас везде стали широко применять эту технологию. Сегодня мы уже не в первых рядах, потому что оснащение соответствующим оборудованием за рубежом все-таки лучше.

— **Поделитесь, пожалуйста, Вашим видением профилактики гинекологических заболеваний.**

— Я считаю, женщинам необходимо постоянно наблюдаться и при появлении любого необычного симптома сразу же обращаться к врачу. Диагностика значительно усовершенствовалась, и есть все возможности провести ее своевременно, потому что поликлиники хорошо оснащены современным оборудованием. Но все же к нам однажды поступила пациентка, у которой живот был чуть ли не больше, чем она сама, из-за опухоли. Это было доброкачественное образование, к счастью. Женщина просто боялась идти к врачу! А мы думали, что такие случаи встречаются только в старинных учебниках.

В настоящее время ведь не скажешь, что ультразвуковая диагностика невозможна в каком-то городе, и эндоскопия распространена практически повсюду. Важно, чтобы женщина сама была очень внимательна к себе.

— **Как Вы считаете, помогают ли реформы, которые сейчас проводятся в здравоохранении? Есть ли что-то**

**новое в области акушерства и гинекологии, что действительно облегчает жизнь врачу и пациенткам?**

— Безусловно, прежде всего это создание перинатальных центров. Их сейчас строится все больше и больше. Правда, хотелось бы, чтобы они открывались на базах многопрофильных больниц, это было бы гораздо правильнее. К сожалению, в стране еще продолжают строить изолированные перинатальные центры, где нет отделений хирургии, урологии, нет специалистов смежных дисциплин. И поэтому, если требуется хирург, пациентке приходится какое-то время ждать его помощи, вместо того чтобы получить ее незамедлительно. Трудно и оснастить такой перинатальный центр — современная аппаратура порой очень дорого стоит. Скажем, эмболизация маточных артерий всегда спасает при послеродовом кровотечении, но организовать ее в каждом перинатальном центре попросту невозможно, потому что оборудование будет простаивать, а в многопрофильной больнице оно бы себя оправдало.

— **Выделите, пожалуйста, среди мировых достижений последних лет технологию или направление, которые Вы могли бы назвать прорывом в акушерстве и гинекологии.**

— Сейчас многое делается, например, в отношении своевременной диагностики пороков развития плода. У нас эту проблему всесторонне изучает профессор Марк Аркадьевич Курцер. Разработана методика, по которой по анализу матери можно определить, нет ли генетического порока у ребенка. Это я считаю одной из важнейших технологий, которые не внедрены пока еще в широкую практику, но имеют колоссальное значение. А экстракорпоральное оплодотворение — разве не прорыв в медицине? Пусть не мы начали, но в нашей стране это направление уже очень развито. Раньше женщина была лишена возможности рожать, когда по ее вине или по вине партнера не получалось забеременеть. А теперь эта проблема решаема!

Ходят слухи, что дети, которые «зачаты в пробирке», хуже развиваются. Мы недавно провели соответствующее исследование. И оказалось, что все зависит от того, вовремя ли малыш родился. Если имели место преждевременные роды, конечно, ребенок может быть больным.

Вообще преждевременные роды — это самая большая беда. При экстракорпоральном оплодотворении они в определенной мере связаны с повышением частоты многоплодной беременности. А многоплодие, в свою очередь, увеличивает риск недонашивания.

— **Галина Михайловна, что бы Вам хотелось кардинально улучшить в организации отечественной акушерско-гинекологической службы?**

— Я хочу сказать, что мне очень хотелось бы повысить профессионализм врачей, начиная с этапа обучения в вузе. Конечно, нас очень отбросило назад внедрение ЕГЭ, когда университет не имеет возможности объективно проверить знания абитуриента. Очень хорошую тактику выбрал наш ректор Андрей Глебович Камкин, который дал установку без сожаления отчислять студента, если тот не может своевременно сдать зачеты. Ведь ужасно, что мы иногда тянем будущего врача с курса на курс. Какой из него специалист получится?

И еще, к сожалению, никак не реализуется давно назревшая реформа взаимоотношений клинических кафедр и больниц, на базе которых они работают. Сотрудники кафедр медицинских вузов получают зарплату, в два раза меньшую, чем у городских врачей. Значит, мотивация у хорошего специалиста стать преподавателем очень мала. Многие талантливые педагоги покидают кафедру из-за этого, сильные преподаватели уходят в лечебную работу. Кроме того, не может удовлетворить хирургические кафедры положение о клинической больнице, где четко не прописана необходимость для профессоров и доцентов владеть техникой типичных и сложных операций. Если преподаватели не умеют оперировать, то есть не умеют проводить в полном объеме лечебную работу, получается, что они и преподавать не должны. Парадокс!

Я понимаю, что эта проблема сложна, особенно ее финансовые аспекты, но она должна быть решена, без этого не может быть хорошей подготовки врача-специалиста. Только когда его обучает грамотный клиницист, будет толк. Поэтому обязательно нужно повысить зарплату и создать достойные условия для работы тем людям, которые преподают в вузах.

Специально для *Доктор.Ру*  
Калинина А. О.