

РОССИЮ ИНОГДА НАЗЫВАЮТ СТРАНОЙ ОДИНОКИХ ЖЕНЩИН...

Владимир Николаевич Серов — академик РАМН, заслуженный деятель науки Российской Федерации, президент Российского общества акушеров-гинекологов, кавалер ордена «Знак Почета». С 1995 г. является руководителем отделения Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В. И. Кулакова Минздрава России.

В. Н. Серов — автор многочисленных работ в таких обширных областях медицинской науки и практики, как неотложные состояния в акушерстве и гинекологии, сепсис и акушерский перитонит, сердечно-сосудистые заболевания при беременности, гинекологическая эндокринология, предраковые заболевания эндометрия. Им впервые была обоснована система научных представлений по профилактике материнской смертности, сформулирована теория смертельно опасных акушерских кровотечений и дана их характеристика. Огромный интерес для специалистов представляют его клинико-экспериментальные работы по влиянию эндокринных изменений на развитие ряда гинекологических заболеваний, исследования по воздействию гормональных контрацептивов на репродуктивную функцию и здоровье женщин.

В 2002 г. за серию работ по гемаферезу при критических состояниях в акушерстве и гинекологии В. Н. Серов в составе группы ученых был удостоен премии Правительства РФ в области науки и техники.

В 2002 г. за серию работ по гемаферезу при критических состояниях в акушерстве и гинекологии В. Н. Серов в составе группы ученых был удостоен премии Правительства РФ в области науки и техники.

— Владимир Николаевич, почему мужчина решает посвятить свою жизнь лечению женщин? Что повлияло на Ваш выбор медицинской профессии?

— Мне трудно сказать за всех представителей сильного пола. Думаю, эта профессия сложная, трудоемкая, поэтому мужчина в ней вполне уместен. Ну и, разумеется, женщины пока еще надеются на мужчин. Так и должно быть.

— Женскому здоровью и в СССР, и в современной России традиционно уделялось и уделяется очень серьезное внимание. И при этом мы печально знамениты огромным количеством аборт. Почему? Каковы тенденции последних лет?

— Я полагаю, «очень серьезное внимание» слишком громко сказано, возможно, это верно в сравнении с некоторыми другими областями медицины... Что же касается количества аборт, то оно определяется условиями, в которые поставлены женщины, и в большей степени зависит не от женщин, а от мужчин. Возьмите простые факты: в Москве на 100 браков — 80 разводов. С кем остаются женщины? С собой наедине или с маленьким ребенком, которого еще надо поднять на ноги. Знаете, как иногда называют Россию? Страной одиноких женщин... Вот, кстати, еще одна цифра: брошенных детей у нас около 500 тысяч. И в Советском Союзе было приблизительно столько же. Это факт, ярко характеризующий наше общество.

В свое время я говорил студентам, что в нашей стране две проблемы, и обе на «А»: аборт и алкоголизм. Мы гордились, что Советский Союз был самой читающей страной мира. Так оно, возможно, и было. Но медицинская грамотность населения была низкой — в России, когда она входила в состав СССР, делали около 4 млн аборт в год. Медики и общественность страны пытались кардинально изменить состояние дел — была принята Программа планирования семьи, в ее рамках в России создали более 300 центров, которые в основном занимались и занимаются профилактикой аборт. Депутаты Думы закрыли программу под тем предлогом, что из-за нее снизится и так невысокая рождаемость, хотя планирование семьи не имеет никакого отношения к снижению рождаемости и даже, напротив, способно улучшить ситуацию.

Тем не менее прогресс у нас есть — число аборт снизилось примерно до 1 млн 100 тысяч в год. Пройдет некоторое время, и их количество еще значительно уменьшится. Тогда и разговор об аборт будет более спокойным. Стран, где совсем не делают аборт, нет, но есть страны, где их делается очень мало. Там ведется воспитательная работа.

— Альтернатива аборт — контрацепция, в том числе гормональная. Не секрет, что в нашей стране существует стойкая гормонофобия. И все же, каковы перспективы использования гормональных средств? Что сейчас появляется нового, перспективного, удобного и полезного для женщин в области контрацепции?

— Во-первых, надо иметь в виду, что любая контрацепция, особенно гормональная, должна применяться с учетом возраста женщины и ее образа жизни. Несколько упрощенно можно сказать так: молодым женщинам гормональная контрацепция практически никогда не противопоказана. Исключение составляют только случаи, когда у них имеются тяжелые заболевания: гипертоническая болезнь, диабет, ожирение и др. Однако с возрастом гормональная контрацепция становится проблемной, приходится думать о других методах. Если семья сложилась и у женщины имеется опыт, альтернативой гормональным средствам может быть так называемая семейная контрацепция — половые контакты в зависимости от цикла. Могут использоваться барьерные методы: спермициды, презервативы. Эти способы подходят, когда между людьми складываются устойчивые отношения, когда они могут объясниться, умеют регулировать свое поведение. Широкий ареал применения имеет внутриматочная контрацепция — она достаточно безопасна и недорога, — надо помнить только, что ее нельзя использовать при аборт в анамнезе и наличии воспалительного процесса. Если женщина делала аборт, контрацепция существенно осложняется.

Нового в области контрацепции много. Особого внимания заслуживают комбинированные системы: внутриматочное средство + гормон. К ним относятся, в первую очередь, «Мирена», «Новоринг». Эти системы позволяют резко уменьшить количество гормонов и повысить контрацептивный эффект и являются очень перспективными. В скором времени широкое распространение получат контрацептивные пластыри на кожу. Они есть уже и сейчас, но знают о них пока немногие.

— **Кто-то делает аборт, а кто-то не может иметь детей. К сожалению, число бесплодных пар растет. Каковы причины этого и что может противопоставить имеющейся тенденции современная медицина?**

— В России 12–15 млн бесплодных супружеских пар. И опять на первое место выдвигается фактор аборта. В тех странах, где аборт мало, бесплодия меньше. Собственно бесплодие после абортов возникает всего в 3–5% случаев — казалось бы, нечасто. Но они обуславливают большое число нарушений менструальной функции, влекущих за собой бесплодие, множество эндометриозов, воспалительных заболеваний, миом. В определенной степени проблема решена — при любых видах бесплодия может помочь экстракорпоральное оплодотворение, — но оно недешево. Во многих странах — в Италии, Германии, Франции, Израиле — две попытки экстракорпорального оплодотворения оплачиваются по страховке, и только если нужны новые попытки, женщины платят сами. У нас это не предусматривается, зато имеются государственные квоты. Правда, с последними не все благополучно. В России существует примерно 50 центров ЭКО, среди них 3–4 государственных, остальные коммерческие. В силу того что государственных центров очень мало, а частным квоты не даются, мы не успеваем освоить даже то, что имеем. Наверное, некоторым частным центрам надо было бы тоже выделить квоты, конечно, при соответствующем контроле и сертификации.

— **Каковы в России цифры по материнской смертности, как выглядит ее структура и происходят ли в ней какие-то изменения?**

— Материнская смертность в Европе происходит приблизительно в 20 случаях на 100 тысяч живорождений, у нас — в 30, и в основном из-за криминальных абортов. Это неплохо — мировой показатель составляет 400 случаев на 100 тысяч живорождений, разумеется, за счет беднейших стран Африки и Азии. А вот структура материнской смертности у нас плохая. Если в Европе имеются две основные причины материнской смертности: на первом месте экстрагенитальные заболевания (болезни сердца и др.) и на втором — эмболические осложнения (тромбоэмболия, эмболия околоплодными водами и др.), — то в России основное значение имеют кровотечения, далее следуют гестоз, токсикоз, сепсис, за ними эмболия.

Однако за последние 5 лет материнская смертность в нашей стране снизилась примерно на 15 пунктов. Структура ее выравнивается, и случайных смертей, как правило, уже не случается.

— **Эндокринологические послеродовые нарушения — одна из тем Ваших работ. Как часто такие нарушения происходят, обращаются ли по этому поводу женщины, как правило, к врачам или распространены запущенные случаи?**

— Послеродовые эндокринные заболевания могут являться последствием тяжелых шоковых кровотечений. Женщины худеют, у них появляются слабость, гипотония, и они обращаются к терапевту. Последний же далеко не всегда сопоставляет осложненное течение родов, которые были, может быть, 3–5 лет тому назад, с теперешним состоянием женщины. У нас очень мало специалистов, которые знают об этом достаточно и вовремя начинают лечение. Больные пожизненно должны получать определенную терапию. К счастью, такие заболевания редки.

А вот представительниц другой группы послеродовых эндокринных нарушений мы видим каждый день — это женщины с послеродовым ожирением, сопровождающимся нарушениями менструальной функции. По сути, речь идет о метаболическом синдроме — я называл его нейроэндокринным синдромом, — возникающем в результате стресса. Этот стресс может иметь много причин: осложнения во время беременности, боязнь родов, сами роды, страх за ребенка... Усугублять стрессовую ситуацию могут и взаимоотношения с отцом ребенка. Здесь есть и поведенческий элемент. Я имею в виду неправильное пищевое поведение. Считается, что инсулинорезистентность и диабет II типа развиваются у женщин с избыточной массой тела. У худощавых это случается крайне редко. Как правило, у полных женщин происходит избыточная прибавка веса во время беременности, которая потом остается; в родах бывает гестоз. Что же касается генетической предрасположенности, то это не фатум. В данном отношении все можно скорректировать, преодолеть или же серьезно, на много лет, отсрочить.

И еще одна группа эндокринных нарушений — патологическая лактация. Сегодня она хорошо лечится, имеются очень эффективные лекарственные средства, так что это осложнение больше не представляет серьезной проблемы.

— **Российские женщины, отечественные акушерство и гинекология — уникальные явления? Или же мы находимся в контексте мировой практики?**

— Я думаю, мы в контексте, никакой особой уникальности у нас нет. Условия и для больных, и для врачей в нашей профессии вполне удовлетворительны. Вопреки многочисленным нареканиям прессы на дороговизну, по желанию женщины и роды, и аборт производятся у нас бесплатно. Однако надо отдавать себе отчет в том, что как раз бесплатная медицина обходится дорого. Здесь дело в отношении. Что может быть хуже помощи врача, который недостаточно подготовлен и мало зарабатывает? Когда больной предъявляет ему вполне обоснованную претензию, его реакция зачастую бывает неадекватной... Добавлю, что российским врачам нужна большая включенность в мировую врачебную практику. Врач акушер-гинеколог в Европе работает после 10 лет обучения, а акушерки имеют 6-летнее образование. В нашей системе это осуществить пока невозможно.

— **В молодости Вы работали в районной больнице в Коми, в селе Усть-Кулом. Что это дало Вам как врачу, ученому и человеку?**

— Я оканчивал Нижегородский (в то время — Горьковский) медицинский институт, который шефствовал над Коми АССР. В Усть-Куломе начал работать акушером — хирург там был. Без этого отрезка в моей жизни я был бы совсем другим человеком...

Не только коми, как Вы понимаете, любая поликлиника в небольшом городе абсолютно необходима начинающему врачу. Работая там, он вынужден становиться самостоятельным. Немаловажный момент: в такой поликлинике молодой врач чувствует свою необходимость. В Москве же и в любом другом крупном городе имеется множество гораздо более опытных специалистов, и вчерашний выпускник медицинского вуза теряется среди них... Уверен, профессиональная деятельность врача должна начинаться на периферии!

Беседовала Ю. Ленченко