

Рищук С.В. Обоснование необходимости введения врачей-репродуктологов в систему практического здравоохранения России и других стран СНГ / С.В. Рищук, Н.А. Татарова, В.Е. Мирский // *Материалы Межгосударственного форума государств – участников содружества независимых государств «Здоровье населения – основа процветания стран содружества».* – Москва, 2012. – С.119-122.

Рищук С.В., Татарова Н.А., Мирский В.Е.  
**ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ ВВЕДЕНИЯ ВРАЧЕЙ-РЕПРОДУКТОЛОГОВ В СИСТЕМУ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ И ДРУГИХ СТРАН СНГ**  
ГБОУ ВПО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург

В настоящее время в России и других странах СНГ продолжают нарастать негативные тенденции, связанные с увеличением количества бесплодных семейных пар, ухудшением общего и репродуктивного здоровья у детей и подростков, значительным ростом удельного веса мужского бесплодия, часто формирующегося из-за несвоевременного и неправильного лечения репродуктивной патологии в детском и подростковом возрасте. В связи с создавшейся критической ситуацией, инициативная научная группа из Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова и Северо-западного института андрологии (г.Санкт-Петербург) провела анализ результатов своей практической деятельности за последние 10 лет по работе с семейными парами и подростковым населением на базе медицинских учреждений. Цель - отработка подходов, позволяющих выйти из сложившейся критической ситуации.

Было обследовано 1626 человек репродуктивного возраста и 170 000 детей и подростков с учётом разработанных оптимизированных диагностических и лечебных подходов. Заслуживают внимание следующие полученные результаты.

Из обследованных 1626 человек (1026 мужчин и 600 женщин) - 1056 составили 528 половые пары с различными заболеваниями репродуктивной системы; из данной совокупности пар 350 были бесплодны; причём доля мужского бесплодия составила 45%, женского – 40%, сочетанного – 15%; остальные 178 пар обратились с целью подготовки к беременности.

Уровень репродуктивно значимой инфекционной патологии в различных сочетаниях (хламидийной, микоуреаплазменной и трихомонадной) имел высокие цифры и не отличался в группе пар с бесплодием и в группе подготовки к зачатию – 78% и 77% соответственно; это может свидетельствовать о появлении предпосылок к формированию бесплодия у молодых людей ещё до формирования их брачных отношений.

Уровень эндокринной патологии у женщин составил 33,8% и 23,3% соответственно у бесплодных пар и в парах с подготовкой к беременности; преобладала патология щитовидной железы (аутоиммунный тиреоидит с гипотиреозом), заболевания надпочечников (скрытый адреногенитальный синдром, син-

дром гиперкортицизма), гиперпролактинемия и синдром поликистозных яичников.

Необходимо отметить, что реальный уровень инфекционной поражённости населения репродуктивного возраста был получен после введения в диагностические блоки импортных иммуноферментных систем после их сопоставления с отечественными и получения неудовлетворительных результатов работы последних (было получено преобладание количества ложно отрицательных результатов, не коррелирующих ни с одной клинической проблемой). Заслуживает внимание сопоставление т/с Orgenics (Франция- Израиль) с использованием фосфатазнокислотного конъюгата, т/с Вектор-Бест (Новосибирск) с результатами ПЦР по хламидиозу: около 90% положительных результатов на т/с Orgenics по крови не подтверждается в т/с Вектор-Бест и в ПЦР, что приводит к недооценке этой инфекции со всеми вытекающими клиническими последствиями (особенно при проведении циклов ЭКО).

Проведен анализ случаев с неудачными попытками ЭКО у 52 семейных пар, у которых до проведения ЭКО (согласно утверждённым диагностическим стандартам) инфекционно-эндокринная патология не выявилась. В результате применения оптимизированных диагностических подходов была выявлена репродуктивно значимая инфекционная патология в различных сочетаниях у 36 (69,2%) пар, из которой преобладала хламидийная (41,9%), трихомонадная (25,6%) и микоплазменная (32,6%) инфекции. У остальных 5 (9,6%) пар определилась эндокринная патология (аутоиммунный тиреоидит, скрытый аденогенитальный синдром и гиперпролактинемия в различных сочетаниях); ещё у 7 (13,5%) – сочетанная инфекционно-эндокринная патология; у остальных 4 (7,7%) причину неудач ЭКО выявить не удалось (возможно, имели место генетические дефекты, отвечающие за эмбриогенез).

В результате проведенной комплексной терапии инфекционно-эндокринной патологии естественное зачатие в группе с бесплодием в течение 1-2 лет наступило примерно в 75% случаев с вынашиванием и рождением здорового ребёнка при доношенной беременности (имело место несколько случаев невынашивания из-за герпетической инфекции). Только 21 (6%) пара по абсолютным показаниям была направлена на вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ). Остальные пролеченные пары ушли из наблюдения специалистов, на наш взгляд, из-за отсутствия системы отслеживания с использованием стандартизованных карт. Случаи с направлением на ВРТ закончились рождением здорового ребёнка, за исключением 3-х, где было прерывание беременности на раннем сроке, причина которого осталась не выявленной (возможно генитальный герпес или генетические аномалии, отвечающие за эмбриогенез).

В группе с неудачным ЭКО после комплексного лечения репродуктивной патологии в течение 1-2 лет у 44 из 52 пар (84,6%) наступило естественное зачатие; остальные 6 пар (11,5%) были направлены повторно на ЭКО по абсолютным показаниям (основные - отсутствие труб или выраженный спаечный процесс в придатках у женщины, патоспермия у мужчины как проявление генетического

заболевания). Большинство случаев с естественным и искусственным зачатиями закончились рождением здорового ребёнка при доношенной беременности.

По результатам активных осмотров 170 000 детей и подростков уровень андрологической патологии ещё в 2002-4 г.г. у мальчиков и юношей Великого Новгорода составил 454,8<sup>0</sup>/<sub>00</sub>, Барнаула - 448,9<sup>0</sup>/<sub>00</sub>, в Новгородской области - 283<sup>0</sup>/<sub>00</sub>, в Санкт-Петербурге - 153,1<sup>0</sup>/<sub>00</sub>. По данным осмотров 2009-11 г.г., только во Фрунзенском районе г. Санкт-Петербурга частота андрологической патологии за 10 лет увеличилась в 4 раза. Представленный материал подтверждает связь между ухудшением репродуктивного здоровья семейных пар и ухудшением соматического и репродуктивного здоровья у детей и подростков. Причиной многих уроандрологических заболеваний является воздействие неблагоприятных факторов (в т.ч. инфекционных, эндокринных, ятрогенных) во время вынашивания плода. Имеются многочисленные данные о том, что около 60% заболеваний детского и подросткового возраста (в т.ч. андрологических - варикоцеле, криптохизм, гипогонадизм, своевременно некорректируемая задержка полового развития) могут представлять угрозу фертильности или напрямую приводить к бесплодию.

***Таким образом:***

1) возникшая ситуация в РФ в репродуктивном здоровье семейных пар, детей и подростков является критической в связи возникновением замкнутого порочного круга: «больные семейные пары – больные дети и подростки – больные семейные пары»;

2) настоящая расстановка сил в учреждениях практического здравоохранения не позволяет выйти из данной ситуации по следующим причинам:

а) специалисты, имеющие прямое отношение к репродукции населения (гинекологи, урологи, эндокринологи), не обладают системой знаний по инфектологии, лабораторной диагностике и эндокринной патологии, которая должна быть использована для подготовки семейных пар к реализации репродуктивной функции; в связи с этим необходимо введение усовершенствования этих специалистов в данной области;

б) отсутствует сама система подготовки семейных пар к естественному зачатию с учётом значительного увеличения в последнее время инфекционно-эндокринной и генетической патологии;

в) отсутствуют эффективные стандарты подготовки семейных пар к естественному и искусственному зачатиям; нередко обилие методов обследования являются излишними и неэффективными в решении репродуктивных проблем; необходимо незамедлительное введение эффективных стандартов в амбулаторно-поликлиническое звено практического здравоохранения;

г) форсирование на данном этапе искусственных технологий, как способа увеличения количества населения, является излишним, не рациональным и крайне отрицательно сказывается на качестве здоровья молодого населения – ухудшает его генофонд; отсутствие системы подготовки и тщательного отбора семейных пар на ВРТ дискредитирует его как метод лечения бесплодия;

д) необходимо усовершенствование педиатров по репродуктологии для своевременного активного выявления и коррекции репродуктивных нарушений

у детей и подростков с целью профилактики формирования бесплодия в будущем.

3) разработанная модель деятельности репродуктологов в системе практического здравоохранения является дееспособной и высокоэффективной, позволяющей выйти из создавшейся критической ситуации; это подтверждается полученными результатами её применения на контингентах семейных пар.