

# TERRA MEDICA®

Всероссийский журнал  
для врачей всех специальностей

ISSN 2219-4096

2010

3

- Возможности персонализированной терапии заболеваний человека
- Оздоровление молодежи России – задача демографической политики
- Лечение пациентов с обструктивной болезнью легких
- Применение синтетических антиоксидантов при лечении больных с камнями почек

## Содержание

№ 3 (62) 2010

## ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНА

Волчек И. В., Петров А. С.

**Возможности персонализированной терапии заболеваний человека: двенадцатилетний опыт** ..... 3

## ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Ришук С. В., Мирский В. Е.

**Оздоровление молодежи России — основная задача демографической политики государства** ..... 12

## ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Игнатъев В. А., Петрова И. В., Цветкова Л. Н.

**Опыт применения Гипоксена (Олифена) в лечении пациентов с хронической обструктивной болезнью легких среднетяжелого и тяжелого течения** ..... 20

## ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

Осмаловская Е. А.

**Нитроимидазолы в эрадикационной терапии гастроудоденальной патологии у детей** ..... 27

## УРОЛОГИЯ

Фанарджян С. В.

**Применение синтетических антиоксидантов при лечении больных с коралловидными камнями почек методом дистанционной ударно-волновой литотрипсии** ..... 34

## ДИСКУССИЯ

Шулутко Б. И.

**Проблема лечения хронических гепатитов** ..... 38

## НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

**Окомистин® — современный эффективный препарат в офтальмологии** ..... 42

## ЮБИЛЕИ

**Борис Ильич Шулутко (к 80-летию со дня рождения)** ..... 46**Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии — 85 лет** ..... 47

## ОЗДОРОВЛЕНИЕ МОЛОДЁЖИ РОССИИ – ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ ГОСУДАРСТВА

**Рицук С.В.**, доктор медицинских наук, профессор  
**Мирский В.Е.**, доктор медицинских наук, профессор

Северо-западный институт андрологии, Санкт-Петербург

В числе задач по обеспечению национальной безопасности России и её динамичного социально-экономического развития важнейшее место занимает преодоление демографического кризиса, обусловленного низкой рождаемостью, высокой заболеваемостью и преждевременной смертностью населения. Несмотря на наметившиеся в последние годы положительные тенденции, демографическая ситуация в России остаётся достаточно сложной. По многочисленным прогнозам демографов в краткосрочной перспективе активный процесс снижения рождаемости и переход от многодетных семей к семье с единственным ребенком, как в городской, так и в сельской местности, будет продолжаться. Если естественный прирост населения не изменится, то по данным Росстата к 2050 году население России составит всего 130 млн. человек (по данным ООН – до 107,8 млн. человек).

Сложная демографическая ситуация во многом обусловлена низким репродуктивным потенциалом молодёжи, вступающей в семейную жизнь. Распространённость бесплодного брака в некоторых регионах России превышает критический уровень и составляет от 8 до 19,6% [1, 2]. При этом удельный вес мужского бесплодия имеет тенденцию к росту и приближается к 50-60% [2, 3, 4, 5].

**Заболеваемость детей и подростков.** Особую тревогу вызывает рост заболеваемости подростков. В резолюции XVI Съезда педиатров России (2009) было отмечено, что за последние 5 лет частота диагностированной гинекологической и андрологической патологии у детей разного возраста увеличилась на 30-50%. Имеются многочисленные данные о том, что около 60% заболеваний детского и подросткового возраста могут представлять угрозу фертильности [3, 6, 7, 8]. Возникает замкнутый круг: «больные дети – больная молодёжь – больные родители – больные дети» [9]. Трудно ожидать, что от больных родителей родится здоровый ребёнок.

По данным Росстата и департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения, около 40% рождающихся детей нездоровы. Доля здоровых детей к окончанию обучения в школе не превышает 20%. По результатам активных

осмотров 170000 детей и подростков сотрудниками НИУ «Северо-западный институт андрологии» (Санкт-Петербург) уровень андрологической патологии 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> [10]. По данным осмотров 2009 года только во Фрунзенском районе г. Санкт-Петербурга частота андрологической патологии за 10 лет увеличилась в 4 раза (из Доклада Законодательному Собранию г. Санкт-Петербурга, 2009). Несвоевременные выявление и коррекция андрологических заболеваний у детей и подростков может привести к крайне негативным последствиям (рис.1). Необходимо отметить, что реальные цифры распространённости этой патологии, часто приводящей к нарушению фертильности мужского населения регионов России, отсутствуют по следующим причинам:

- низкая обращаемость подросткового населения в медицинские учреждения из-за бессимптомного течения андрологических заболеваний (крипторхизма, варикоцеле, гипогонадизма, задержки полового развития), нарушающих репродукцию мужчины в детском и подростковом возрасте, требующих своевременного *активного* выявления, лечения и длительного диспансерного наблюдения;

- не организованы на должном профессиональном уровне медицинские осмотры детского и подросткового населения в дошкольных и школьных учреждениях ввиду отсутствия или нехватки квалифицированных специалистов-андрологов и крайне низкого их материального обеспечения;

- практически отсутствует привлечение средств массовой информации для разъяснения родителям необходимости профилактических осмотров детей и подростков [11].

Состояние здоровья детского и подросткового населения во многом зависит от способа зачатия ребёнка. Беременность, наступившая в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий, относится к группе высокого риска, а сами методы можно назвать «методами отчаяния». Имеются уже многочисленные данные о появлении у детей, рождённых после искусственного оплодотворения, различных врожденных аномалий и пороков развития (преимущественно сердечно-сосудистой и костно-мышечной систем), зрительных нарушений, перинатального поражения ЦНС и неврологических расстройств в виде детского церебрального паралича, психических расстройств в виде аутизма, умственной отсталости и нарушения поведения. Кроме того, беременность в результате искусственного зачатия характеризуется невынашиванием, преждевременными родами, многоплодием, маловесностью новорожденных, задержкой внутриутробного развития, морфофункциональной незрелостью, анте- и интранатальной

гипоксией плода и асфиксиями при рождении. Причём количество данных осложнений при применении искусственного оплодотворения намного больше, чем после естественного зачатия [12]. Дети, зачатые путём экстракорпорального оплодотворения, часто требуют высокотехнологичной перинатальной помощи и повторных госпитализаций, а также многолетнего наблюдения и применения различных видов скрининга для выявления врождённой патологии [13, 14, 15, 16].

***Состояние здоровья призывников ВС РФ.*** С учётом негативных демографических тенденций хотелось бы обратить особое внимание на *количественное и качественное* укомплектование личного состава Вооружённых сил РФ. В настоящее время задача комплектования армии и флота здоровым пополнением приобрела государственное значение, а дефицит призывного контингента и низкое качественное состояние поступающего пополнения являются одной из главных проблем Вооружённых Сил. По мнению В.Н. Грошева и соавт. [17] состояние затяжного психоэмоционального стресса, в котором живут 70% населения России, снижает приспособительные и компенсаторные механизмы поддержания здоровья и существенно снижает численность лиц, годных к службе в Вооружённых силах. Подростки, как известно, представляют собой ближайший репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный и культурный резерв общества.

По данным Генштаба ВС РФ 2008 года медкомиссии военкоматов освобождают от службы в связи с неудовлетворительным состоянием здоровья каждого третьего призывника. На дополнительные обследования по этим данным направляются 10% призывников, а еще около 50% имеют ограничения по состоянию здоровья, не позволяющие служить в частях ВДВ и ВМФ [18, 19, 20].

Председатель Центральной военно-врачебной комиссии (ЦВВК) Министерства обороны РФ В.В. Куликов сообщил, что в 2009 г. от призыва на военную службу по состоянию здоровья получили отсрочки более 614 тысяч юношей, что составило почти 30% от числа всех освидетельствованных в стране. Из этого числа около 200 тысяч ежегодно освобождается от военной службы из-за дефицита массы тела, 109 тысяч – из-за сколиоза и плоскостопия и более 100 тысяч – из-за психических расстройств. По мнению председателя ЦВВК в 2010 г. в стране образуется т.н. "демографическая яма", т.е. на воинский учёт будет поставлено только чуть более 600 тыс. юношей (а в 2006 г. их было более 1 млн.). Если не будут приняты меры по оздоровлению подросткового населения, то около 400 тыс. человек из 600 тыс. будут освобождены от военной службы по состоянию здоровья. Заболеваемость в ВС РФ увеличивается и среди молодого офицерского состава. Ежегодно из армии и флота досрочно увольняются по медицинским показаниям около

7000 офицеров. Среди них около 40% это молодые офицеры, не выслужившие положенные сроки военной службы [21, 22].

На заседании пресс-клуба Министерства обороны заместитель начальника Генерального штаба Вооруженных Сил РФ В.В. Смирнов подтвердил, что около 30% призывников получили отсрочки по состоянию здоровья. При этом половина из тех, кто был призван на службу, имеют ограничения по состоянию здоровья и в режимные части направлены быть не могут. Речь идет, прежде всего, о частях Ракетных войск стратегического назначения, Воздушно-десантных войсках, частях МВД, Погранвойсках и ряде других [18, 19, 20].

По данным А.М. Куликова за последние два года на 28% возросло количество заболеваний у подростков призывного возраста (15-18 лет), на 32% увеличилось число юношей, признанных непригодными к службе в армии, а среди призванных около 40% не годны к строевой службе. Очень настораживает то, что на третьем месте среди причин освобождения от службы стоят психические заболевания, наркомания и алкоголизм (каждый 9-й подросток призывного возраста в стране – наркоман). На 18% снизились показатели мышечной силы будущих защитников родины и на 15% - объема легких. Подобные масштабы происходящего являются, по мнению А.М. Куликова, фактором, угрожающим безопасности нашей страны.

Результаты работы подростковых центров в четырёх районах Санкт-Петербурга свидетельствуют о том, что на каждую тысячу несовершеннолетних петербуржцев мужского пола приходится более трех тысяч всевозможных заболеваний! А в возрастной группе от 15 до 17 лет – более четырех тысяч. На первом месте стоят болезни органов дыхания, пищеварения и костно-мышечной системы (искривление позвоночника). Более трети подростков имеют дисгармоничное развитие, у каждого десятого найдены отклонения в половом развитии. Только 17% подрастающих мужчин были признаны здоровыми [23, 24, 25].

По данным С.Б. Белогорова и соавт. [26] состояние здоровья юношей Иркутской области, достигших призывного возраста, за исследуемый нами период имеет резко негативную динамику. Основную долю в заболеваемости призывников, приведшую к негодности к службе в Вооруженных Силах, составляют психические расстройства (31,1%), эндокринные болезни и расстройства питания (14,5%), а также болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани и болезни пищеварительной системы (по 9,2% соответственно). Следует отметить, что в структуре психических расстройств молодых людей призывного возраста доминируют умственная отсталость (37,9%), расстройства личности (27,2%) и психические расстройства, связанные с употреблением

психоактивных веществ (9,03%). Обращает внимание на то, что в среднем у *половины* подростков *впервые* выявляются заболевания *только при освидетельствовании ВВК* в возрасте 16-17 лет. На наш взгляд высокие значения показателя впервые выявленных заболеваний при первоначальной постановке на воинский учет отражают степень охвата и качество медицинской помощи, оказываемой подросткам.

Президент РФ Д.А. Медведев также выразил обеспокоенность состоянием здоровья российских призывников, обратив внимание на то, что в течение последних 20 лет число молодых людей, годных к военной службе, сократилось почти на треть, а более чем у 40% юношей допризывного возраста состояние здоровья и физическая подготовка не соответствуют армейским требованиям. «Известно, что есть проблемы с подготовкой к военной службе молодых людей. Их становится не больше, а, к сожалению, меньше», - заявил Медведев на заседании президиума Госсовета, посвященного допризывной подготовке молодежи. Президент напомнил, что в соответствии с утвержденной военной стратегией комплектование армии и флота до 2020 года останется смешанным, причем трое из четырех военнотружущих будут набираться по призыву. В связи с этим президент указал на необходимость создания современной системы допризывной подготовки молодежи. Он подчеркнул, что для решения этой проблемы потребуются совместные усилия федеральных ведомств, регионов, муниципалитетов, учебных заведений и общественных организаций [27, 28].

Таким образом, существующая в настоящее время система преодоления демографического кризиса, к сожалению, не улучшает состояние здоровья подрастающего поколения. Необходима система мер по улучшению здоровья молодых семейных пар, направленная на подготовку к естественному зачатию ребёнка, что позволит минимизировать количество циклов искусственного оплодотворения и уменьшить количество осложнений, связанных с беременностью со стороны матери и ребёнка. Требуется тщательный отбор и подготовка семейных пар для проведения искусственных репродуктивных технологий, что позволит увеличить их результативность и сократить количество осложнений. Необходимо активно и своевременно выявлять андрологическую патологию у детей и подростков, проводя её коррекцию и диспансерное наблюдение еще до вхождения в репродуктивный возраст. Это, в свою очередь, даст возможность повысить репродуктивный потенциал мужского населения и снизить частоту мужского бесплодия.

Принимая во внимание огромную социальную значимость выше изложенных аспектов и большой научно-практический опыт, накопленный в области репродуктологии по оздоровлению детского и подросткового населения в Северо-Западном регионе РФ,

нами был предложен Правительству РФ *Проект Реформы*, который включает следующие основные положения.

Прежде всего, целесообразно учреждение образовательной системы (на базе имеющихся государственных медицинских академий) по подготовке, переподготовке и усовершенствованию медицинских кадров в первую очередь для поликлинического звена по репродуктивно значимым специальностям: *репродуктолог, детский андролог* (в качестве пилотного проекта – на базе Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова). Для этого, мы считаем, необходимы следующие организационные мероприятия.

Во-первых, необходимо введение в новый Приказ или в Номенклатуру специальностей Приказа №210н от 23.04.09 г. и Приложение с квалификационными требованиями Приказа МЗиСР РФ № 415н от 7.07.2009 г. специальности *«репродуктолог»*, сформированной на базе основных специальностей – *гинеколог, уролог, эндокринолог и врач общей практики*. Репродуктологи, как специалисты амбулаторно-поликлинического звена, должны заниматься улучшением репродуктивного здоровья семейных пар, приводящему, в конечном результате, к *естественному* зачатию ребёнка или (как крайний вариант) к формированию *тщательно отобранных и подготовленных* групп для искусственного оплодотворения. Это позволит уменьшить количество осложнений во время беременности в результате естественного зачатия и количество осложнений во время проведения ЭКО, а также повысить эффективность вспомогательных репродуктивных технологий и сохранить здоровье семейных пар для реализации детородной функции в будущем (рис. 2);

Во-вторых, целесообразны изменения в подготовке *детских андрологов*, разрешив проведение подготовки детских андрологов не только из *детских хирургов и урологов*, но также из *педиатров и детских эндокринологов*. Это могло бы дать возможность на этапе допубертата и пубертата более эффективно выявлять и своевременно проводить коррекцию заболеваний половой сферы, вызывающих бесплодие в репродуктивном возрасте у мужчин (рис. 2);

В-третьих, необходимо учреждение кафедры репродуктологии в системе послевузовского дополнительного профессионального образования, для подготовки специалистов в качестве реализации принятых изменений Номенклатуры специальностей Приказа №210н от 23.04.09 г. и Приложения с квалификационными требованиями Приказа МЗиСР РФ № 415н от 7.07.2009 г. (по согласованию с Министерством образования и науки РФ).

Весьма своевременно, поэтому, введение должности репродуктологов и детских андрологов в состав лечебно-профилактических учреждений. При этом можно было бы использовать уже имеющихся в штате гинекологов, урологов, эндокринологов и врачей общей практики после профессиональной переподготовки по репродуктологии, а также детских хирургов и урологов, педиатров и детских эндокринологов после профессиональной переподготовки по детской андрологии.

Были бы крайне важны и другие организационные процессы. Так, при комитетах здравоохранения вначале в Санкт-Петербурге, Ленинградской области и других областях Северо-западного региона России, а затем и по всей России было бы полезно создать специализированную детскую и подростковую андрологическую службу с консультативно-диагностической и хирургической лечебной деятельностью. Её организация позволила бы активно и своевременно выявлять андрологическую патологию у детей и подростков, проводя её коррекцию и диспансерное наблюдение еще до вхождения в репродуктивный возраст. Это, в свою очередь, дало бы возможность повысить репродуктивный потенциал мужского населения и снизить частоту мужского бесплодия.

Основными задачами детской и подростковой андрологической службы должны быть следующие: 1) активное выявление андрологической патологии с участием детских андрологов города, района, региона; 2) обеспечение высокого уровня углубленной диагностики андрологической патологии (на базе Центра репродуктологии и андрологии и филиалов, центров здоровья, детских поликлиник и больниц) с использованием современных информативных методов исследования; 3) консервативное и хирургическое лечение андрологических заболеваний с привлечением детских урологов; 4) высококвалифицированное осуществление диспансеризации с проведением противорецидивной терапии и реабилитации; 5) постоянное проведение организационно-методической работы в области детской андрологии. 6) внедрение разработанной четырехэтапной модели детской и подростковой андрологической службы: первый этап – участковые педиатры и врачи образовательных учреждений; второй этап – уроандрологические кабинеты на базе детских поликлиник; третий этап – городские (областные) центры репродуктивного здоровья детей и подростков или городские (областные) уроандрологические диспансеры; четвертый этап – специализированные андрологические отделения детских многопрофильных больниц, а также Центра репродуктологии и андрологии и филиалов.

Из числа планируемых центров здоровья часть из них желательно перепрофилировать в учреждения, занимающиеся, в большей степени, повышением

репродуктивного здоровья детского и подросткового мужского населения, а также молодых семейных пар. В связи с этим целесообразно создание в Северо-Западном регионе РФ (в качестве пилотного проекта) «Государственного научно-практического центра репродуктологии и андрологии МЗиСР РФ», базирующегося на территории Санкт-Петербурга с филиалами в Вологде, Архангельске, Калининграде, Мурманске, Новгороде, Пскове, в Республике Карелия, Республике Коми и в Ненецком автономном округе. Считаем целесообразным создание аналогичных Центров и в других регионах РФ.

Перед Центром и филиалами, на наш взгляд, должны встать следующие задачи: 1) организация и проведение скрининговых обследований детей и подростков в Ленинградской области и других областях Северо-западного региона России на предмет выявления андрологической патологии с привлечением специалистов Центра и медицинских учреждений на местах. Обязательное создание единой компьютерной базы, учитывающей результаты обследования по каждому подростку; 2) формирование мобильных передвижных врачебных бригад в самом Центре и филиалах, занимающихся проведением скрининговых обследований мальчиков и подростков в учебных учреждениях районов; 3) включение в осмотр исследования букального эпителия с оценкой полового хроматина и некоторых иммунологических показателей, взятие венозной крови для определения гормонов; 4) организация проведения дальнейшего углубленного обследования и лечения детей и подростков с уже выявленной андрологической патологией; 5) организация проведения амбулаторного и стационарного (хирургического) лечения, как на базе Центра, так и с привлечением других специализированных медицинских учреждений; 6) организация регулярного диспансерного наблюдения детей и подростков с выявленной андрологической патологией после проведения консервативного и/или оперативного лечения; 7) организация проведения диагностических мероприятий по выявлению инфекционных и неинфекционных заболеваний у детей и подростков, прямо или косвенно нарушающих их репродуктивный потенциал; 8) организация массовой санитарно-просветительной работы для выработки понимания у всех возрастов населения Северо-Западного региона РФ важности и серьезности проводимых мероприятий по проблемам нарушения репродукции с широким использованием потенциала научно-практических профессиональных обществ, возможностей средств массовой информации (особенно телевидения), а также научных, методических и популярных изданий; 9) организация проведения образовательной деятельности в системе послевузовского и дополнительного профессионального образования с целью подготовки и усовершенствования медицинских специалистов по репродуктологии, детской и подростковой андрологии.

Развитие научной деятельности могло бы включать: а) проведение комплексных научных исследований в области детской и подростковой андрологии и репродуктологии по выявлению факторов риска возникновения андрологических заболеваний и профилактических мероприятий при воздействии экологических факторов, характерных для той или иной территории проживания; б) изучение распространённости андрологической патологии у детей и подростков Северо-Западного региона России на ближайшие годы и перспективный период с разработкой предложений по оптимизации лечебно- профилактической помощи детям; в) создание в минимальные сроки модели оказания андрологической помощи детям и подросткам для других регионов России (Урала, Сибири и Дальнего Востока); г) формирование научных андрологических кадров для Центра, а также для медицинских учреждений Северо-западного и других регионов Российской Федерации; д) участие и проведение научных и научно-практических семинаров, конференций, симпозиумов, пленумов; е) подготовка публикаций, научных статей и руководств по андрологической тематике; 11) оказание методической и высококвалифицированной консультативной медицинской помощи учреждениям практического здравоохранения; 12) контроль и тщательная подготовка молодых семейных пар для вспомогательных репродуктивных технологий (по показаниям); 13) проведение высококвалифицированного психологического консультирования детей, подростков и молодых семейных пар.

Таким образом, реализация Проекта позволила бы:

1) *улучшить* состояние здоровья молодых семей и *увеличить* количество зачатий естественным путём в здоровых семейных парах, *снизить* осложнения во время беременности и после родов, а также *уменьшить* смертность новорожденных и качественно *улучшить* состояние здоровья детей. Это даст возможность *экономить государственные средства*, которые расходуются в настоящее время на лечение всех выше указанных осложнений;

2) *проводить более тщательный отбор и подготовку* семейных пар к вспомогательным репродуктивным технологиям (ВРТ). Это позволит *повысить* эффективность данных технологий (довести количество родов с 25% до 50-60%), *снизить* количество осложнений при проведении циклов ВРТ. Это, в свою очередь, *экономит огромное количество средств*, расходуемых государством и особенно средств *из семейных бюджетов* на проведение репродуктивных технологий. Кроме этого, *снизится* количество больных детей, рождённых в результате применения ВРТ;

3) усиление состава детских андрологов, позволит *активно и своевременно выявлять* патологию у детей и подростков, проводить её коррекцию и диспансерное

наблюдение еще до вхождения в репродуктивный возраст, что, в свою очередь, даст возможность *повысить* репродуктивный потенциал мужского населения и *снизить* частоту мужского бесплодия, а также улучшить состояние здоровья призывников. Параллельно с повышением репродуктивного здоровья необходимо заниматься (в содружестве с другими специалистами) и общим здоровьем (борьба с соматической патологией, психологическими нарушениями, инфекцией, нарко- и токсикоманией и т.д.) детей и подростков т.к. репродуктивное здоровье – это интегральный показатель здоровья общего.

В результате выше перечисленных мероприятий, наряду с материальным стимулированием семей, можно не только повысить рождаемость, но и кардинально улучшить состояние здоровья молодых семейных пар и их детей. Это сохранит огромное количество государственных средств, а также повысит экономический и военный потенциал России.

#### Литература

1. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / Под ред. В.И. Кулакова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. С. 616.
2. Гинекология: национальное руководство / Под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. С. 1072.
3. Охрана репродуктивного здоровья мальчиков и юношей-подростков: Информационное письмо МЗ РФ. М.: 1999. С. 49.
4. Тер-Аванесов Г.В. Современные аспекты диагностики и лечения мужского бесплодия / В кн.: Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / Под ред. В.И. Кулакова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. С. 275-360.
5. Здоровье подростков: Руководство для врачей / Под ред. О.В. Шараповой. СПб.: 2007. С. 436.
6. Кирьянов А.В. Калинченко С.Ю. Задержка полового развития у мальчиков // Андрология и генитальная хирургия. 2003. № 2. С. 20–29.
7. Божедомов В.А. Теодорович О.В. Клиническая эпидемиология мужского бесплодия // В сб. материалов II Всероссийской конференции «Мужское здоровье». М., 2005. С. 39.
8. Омаров М.Г., Тарусин Д.И., Румянцев А.Г. Воспалительные заболевания в детской андрологической практике // Лечащий врач. 2005. № 10. С. 70–73.
9. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение. Петрополис, 2000. С. 912.

10. Мирский В.Е., Рищук С.В. Руководство по детской и подростковой андрологии (организационно-клинические аспекты): Руководство для врачей. СПб.: СпецЛит, 2008. С. 319.
11. Мирский В.Е. Медико-социальная оценка репродуктивного здоровья мальчиков и научное обоснование организационных форм его улучшения: Дисс.... д-ра. мед. наук. СПб.: 2006. С. 436.
12. Рищук С.В., Мирский В.Е. Состояние здоровья детей и особенности течения беременности после применения вспомогательных репродуктивных технологий // TERRA MEDICA NOVA. 2010. №1. С. 34-37.
13. Klemetti R. et al. Health of children born as a result of in vitro fertilization / *Pediatrics*. 2006. V. 118. № 5. P. 1819-27.
14. Ceelen M. et al. Cardiometabolic differences in children born after in vitro fertilization: follow-up study. *J. Clin Endocrinol Metab.* 2008. V. 19.
15. Kallen B. et al. In vitro fertilization in Sweden: child morbidity including cancer risk / *Fertil Steril*. 2005. V. 84. № 3. P. 605-10.
16. Riebeling P. et al. Are screening examinations necessary in ruling out ocular malformations after reproduction treatment? / *Klin Monatsbl Augenheilkd.* 2007. V. 224. № 5. P. 417-21.
17. Грошев В.Н., Иванова Н.В., Попова Н.В. Педиатрическая помощь юношам-подросткам при подготовке их к военной службе // *Здравоохранение Рос. Федерации*. 2001. № 5. С.57.
18. Смирнов В.В. Пресс-конференция по призывной молодёжи // Управление пресс-службы и информации Министерства обороны РФ. 2009. Режим доступа: <http://www.mil.ru/info/1047/19313/index.shtml?id=63946>
19. Медведев Д. О состоянии здоровья призывников // *Медновости. АМИ-ТАСС*. 2009. Режим доступа: <http://medportal.ru/mednovosti/news/2009/04/22/medvedev/>
20. Смирнов В.В. Пресс-конференция о состоянии здоровья призывников // *Медновости. РИА НОВОСТИ*. 2008. Режим доступа: <http://medportal.ru/mednovosti/news/2008/03/31/priziv/>
21. Брунтальский П. Актуальные вопросы осеннего призыва: старые "болячки" и новые тревожные тенденции // *Военно-промышленный курьер*. 2008. №20.
22. Фомина Е. Приболевшая армия // *Комментарий председателя Центральной военно-врачебной комиссии Министерства обороны РФ В. Куликова Интерфаксу*. М. 2007. Режим доступа: <http://www.admhmao.ru/VK/News/statja16.htm>

23. Куликов А. М. Подростки в современной России: Здоровье и медико-социальные особенности // Журнал акушерства и женских болезней. 2006. Т. LV: Спец. выпуск. С. 36–39.

24. Социальное и демографическое развитие России. Каирская программа действий: 15 лет спустя / Глава 10. Подростки и молодёжь. Москва. Издательство представительства ЮНФПА в РФ. 2010. С. 122-131.

25. Островская О. Актуальный комментарий // Санкт-Петербургские Ведомости 2001. №66. Режим доступа: <http://www.pressa.spb.ru/newspapers/spbved/2001/arts/spbved-2456-art-5.html>

26. Белогоров С.Б., Долгих В.В., Смирнов Е.Л., Чичкалюк В.А., Атаманюк А.Б., Тунгусов Е.И., Колесникова Е.Н. Здоровье призывников Иркутской области // Сибирский медицинский журнал. 2008. № 4. С.59-61.

27. Медведев Д. О состоянии здоровья допризывной молодёжи // Речь на заседании президиума Госсовета, посвященного совершенствованию системы допризывной подготовки молодежи. Рязань. ИТАР-ТАСС. 2009. Режим доступа: <http://ami-tass.ru/article/48190.html>

28. Медведев Д. О состоянии здоровья призывников // Медновости. АМИ-ТАСС. 2009. Режим доступа: <http://medportal.ru/mednovosti/news/2009/04/22/medvedev/>

**Ссылка:**

**Рищук С.В. Оздоровление молодёжи России – основная задача демографической политики государства / С.В. Рищук, В.Е. Мирский // TERRA MEDICA NOVA, 2010. - №3. – С.12-19.**