

СПРАВКА-ДОКЛАД

Репродуктивная медицина сегодня - как угроза национальной безопасности России

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%. Считается, что при увеличении количества бесплодных браков до 15% от общего числа семейных пар неблагоприятную демографическую ситуацию уже можно рассматривать как серьёзную проблему для здравоохранения, общества и государства. При этом имеет место нарушения в репродуктивной системе у одного или одновременно у обоих супругов: женский фактор доказан у 40% случаев, мужской – в 45%, сочетанный – в 15% [1,2]. Рассчитывая число бесплодных пар на количество жителей в России традиционным способом, уровень бесплодия в 15% уже даёт нам более 2,5 миллионов бесплодных семейных пар репродуктивного возраста, или более 5 миллионов человек, что составляет порядка 3,5% от общего населения России [3].

В связи с этим охрана репродуктивного здоровья населения является приоритетной задачей РФ в области демографической и социальной политики и ведущая роль в этом должна отводиться репродуктивной медицине.

Репродуктивная медицина, включающая составные части клинической репродуктологии, должна заниматься всеми аспектами нарушения репродуктивного здоровья, а также профилактикой женского и мужского бесплодия.

Основными направлениями клинической репродуктологии должны быть подготовка семейных пар к естественному зачатию с целью профилактики осложнения у матери и плода, а также диагностика и лечение мужского и женского бесплодия как без использования репродуктивных технологий, так и с их применением [4]. Репродуктивным технологиям при этом должно отводиться весьма скромное место - не более 10-15% от всех случаев бесплодия в парах. Однако в последние годы в России наметилась нездоровая тенденция в значительном расширении использования вспомогательных репро-

дуктивных технологий (ВРТ) в качестве единственного средства в решении репродуктивных проблем. По неофициальным данным (по опросам врачей женских консультаций и поликлиник) доля направлений на репродуктивные технологии при установленном бесплодии в семейных парах во многих учреждениях уже превышает 50%.

По официальным данным Российской ассоциации репродукции человека в период с 1995 по 2013 год количество центров ВРТ в России увеличилось с 12 до 148, а количество циклов ВРТ в год - с 3690 до 69025 [5]. Для сравнения с США: в 2012 году в России проводилось 137 циклов ЭКО на 10 тыс. жителей репродуктивного возраста из числа страдающих бесплодием, в США – 97 циклов. А сейчас этот разрыв ещё больше. Так что удивительно, но факт – несмотря на общее состояние нашей медицины, по «проникновению в массы» высокотехнологичных вспомогательных репродуктивных технологий мы обогнали США [3].

Для оценки эффективности ЭКО и ПЭ, всё чаще используется показатель частоты рождения живых детей, выписанных из родильного дома после лечения бесплодия (take home baby). Количество живорождённых детей в соотношении с количеством перенесенных эмбрионов (эффективность ВРТ) в Европе не превышает в среднем 25,5% [1] и зависит от многих факторов в т.ч. и от возраста беременной женщины. В России в 2013 году частота наступления беременности при проведении ЭКО и ИКСИ была на уровне 38,5% и 36,1% соответственно. Однако частота завершения беременностей родами в циклах ЭКО и ИКСИ зависела от возраста женщины и была на уровне 29,9% и 26,3% соответственно у женщин менее 34 лет, 21,5% и 20,0% - 35-39 лет, 10,2 и 8,8% - более 40 лет [5].

Однако беременность, наступившая в результате ВРТ, относится к группе высокого риска, а сами методы можно назвать «методами отчаяния». Необходимо задуматься над тем, что большинство причин, вынуждающих проводить ВРТ, остаются и нередко в последующем мешают нормальному развитию беременности после ВРТ. Об этом свидетельствует также их низкая эффективность.

Председатель Исполкома Союза педиатров России, академик РАН, профессор А.А. Баранов, выступая в Государственной Думе и на слушаниях в Общественной палате, сообщил о том, что у 75% детей, рождённых в результате ВРТ, имеются те или иные отклонения в состоянии здоровья. Это намного больше, чем у детей, рождённых без их применения. При финансировании этих технологий необходимо сразу же закладывать средства для лечения детей с осложнениями в результате их применения [6].

Всё выше изложенное подтверждено многими зарубежными и отечественными исследованиями. Доказано, что достоверно чаще у детей, рождённых в результате их применения, формируются врожденные аномалии и пороки развития (преимущественно сердечно-сосудистой и костно-мышечной систем), муковисцидоз, двустороннее отсутствие vasa deferens и микроделеция Y-хромосомы, наследственные синдромы Ангельмана, Хангарта, лиссэнцефалии, Беквита-Видеманна, гиперинсулинемическая гипогликемия.

У данного контингента наблюдается задержка внутриутробного развития в 29,3% случаев, асфиксия при рождении - в 90,5%, неврологические изменения - в 53,6%, морфофункциональная незрелость, анте- и интранатальная гипоксия, перинатальное поражение ЦНС - у 87,5%, психические расстройства (аутизм, умственная отсталость, нарушения поведения), а также неврологические нарушения (детский церебральный паралич). Намного чаще возникают зрительные нарушения, часть из которых обусловлена недоразвитием оболочек глаз, другая – гипоксическим поражением ЦНС и дисплазией головного мозга в проекции проводящих путей зрительного анализатора [7,8]. По данным Klemetti R. и соавторов [9], при применении репродуктивных технологий высока частота многоплодной беременности (у 35,7%), рождения маловесных новорожденных, что сказывается на развитии детей, требующих высокотехнологичной перинатальной помощи и повторных госпитализаций. Дети, зачатые путем ВРТ, требуют многолетнего наблюдения и применения различных видов скрининга для выявления врожденной патологии. Беременность, полученная в результате ВРТ, характеризуется частыми невынашиванием и преждевременными родами.

Первые исследования, проведенные в нашей стране в начале 1990-х годов В.О. Бахтияровой [10], показали, что наиболее часто встречающимися расстройствами у данной группы детей являются задержка внутриутробного развития (в 29,3% случаев), асфиксия при рождении (в 90,5%) и неврологические изменения (в 53,6%). В.О. Атласов и соавторы [11] установили, что состояние здоровья новорожденных после ЭКО отличается от общепопуляционных показателей. Так, при рождении наблюдаются недоношенность в 24,6%, малый вес (менее 1500 г) – в 6,2%, легкая асфиксия – в 4,3% случаев. Общая заболеваемость обусловлена в основном задержкой внутриутробного развития, синдромом дыхательных расстройств, постгипоксическими состояниями, патологической гипербилирубинемией и врожденными пороками развития и более чем в 4 раза превышает общую заболеваемость детей, зачатых в естественном цикле. При этом в качестве особенностей течения беременности и родов после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) авторы отмечают возраст женщин 31-35 лет, многоплодие (у 31,6% случаев), осложненное течение беременности (в 96,5%) в виде угрозы прерывания (у 49,1%) и преждевременных родов. Преждевременные роды возникают у 22,7% женщин, а способом родоразрешения у 84% пациенток является операция кесарева сечения (плановое преобладает над экстренным).

В структуре заболеваемости у детей после ЭКО в течение первых трех лет жизни ведущими были болезни органов дыхания (у 90,6%), болезни органов пищеварения (у 50,1%), заболевания кожи и подкожной клетчатки (у 49,2%), болезни крови (у 35%) [12]. По данным Лысенко А.В. и соавторов [13] в структуре заболеваний новорожденных после применения ВРТ преобладали поражение центральной нервной системы – в 59,4% случаев, малые аномалии развития органов и систем – в 71,1%, задержка внутриутробного развития 2-3 ст. – в 15,4%, врожденные пороки развития, в числе которых основными являются пороки сердца – в 6,3%. Кроме того, было замечено, что

среди причин бесплодия у женщин из группы ЭКО превалировал трубно-перитонеальный фактор – у 45% случаев, менее частым был эндокринный – у 23,6%, мужской фактор встречался в 14,7%.

По данным отделения репродуктивной эндокринологии университета Пенсильвании (Филадельфия, Пенсильвания, США) не вызывает сомнения связь между ЭКО с одноплодной беременностью и низким весом при рождении, преждевременными родами, отслойкой плаценты, преэклампсией, врожденными аномалиями, перинатальной смертностью, риском врожденных и хромосомных аномалий [14].

Имеются данные об осложнениях у женщин непосредственно при проведении циклов ВРТ. В первую очередь это синдром гиперстимуляции яичников лёгкой степени, который возникает у 20-33% циклах ЭКО, у 3-6% - средней степени, у 0,1-2% - тяжёлой. Среди осложнений, требующих хирургического вмешательства, - эктопическая беременность (от 2 до 10%), апоплексия яичника (0,2% случаев), перекрут яичника (0,13%), осложнения трансвагинальной пункции яичников и гнойно-септические осложнения (0,5-1,6%) [15]. Имеются данные некоторых зарубежных авторов о повышении риска рака молочных желёз [16] и яичников [17] у женщин после процедур ЭКО, что может быть связано с созданием пиковых уровней эстрогенов, превышающих более чем 10 раз таковые в нормальных овуляторных циклах.

В справке А.А. Баранова от Союза педиатров России о состоянии здоровья детей, родившихся в результате использования вспомогательных репродуктивных технологий (в том числе ЭКО) сказано, что долгое время бесплодие для многих пар было неразрешимой проблемой. Сейчас общество в качестве ВРТ получило новый метод решения этой сложной задачи. Однако, следует понимать, что ВРТ (с пока еще недоказанной безопасностью для женщины и ее будущих детей) изначально не должны позиционироваться, как панацея для решения демографической проблемы.

В качестве аргументов были приведены следующие: 1) основная причина отсутствия детей в семьях – вторичное бесплодие, которое чаще всего имеет в основе своего развития неудачно выполненное прерывание естественной беременности (аборт); следовательно, нужно не лечить следствие, а предотвратить причину! 2) безопасность используемых репродуктивных технологий для будущих детей сомнительна. Вмешательство в естественный процесс зачатия может индуцировать трудно тестируемые, сложные и далеко идущие изменения в генетическом материале потомства. До сих пор не разработана единая система оценки как эффективности, так и безопасности различных вспомогательных репродуктивных технологий с ведением единых регистров таких пациентов. Провести клинические и экспериментальные исследования и дать ответ на вопрос о состоянии здоровья женщины, к которой применили новые репродуктивные технологии, и ее ребенка - больше чем научная потребность, это - этическое обязательство. Действительно, используя вспомогательные репродуктивные технологии, врачи не просто восстанавливают женский организм, они помогают создавать новое существо, и их ответственность перед ними обоими достигает другого уровня; 3) безопас-

ность используемых репродуктивных технологий для самих женщин также сомнительна: синдром гиперстимуляции яичников – лишь первый и видимый пример патологии, связанной с новыми репродуктивными технологиями, а частоту новообразований у женщин с такими схемами гормонотерапии нам еще предстоит оценить в ближайшее десятилетие; 4) ВРТ используются в настоящее время у женщин все более солидного возраста (от 30 до 40 и выше). Крен в сторону все более «возрастных» женщин – возрастающая опасность от носимой беременности для них самих (а ведь это изначально нездоровые женщины), и, соответственно, для их будущего потомства; 5) в средствах массовой информации идет четкое лоббирование идеи новых репродуктивных технологий, как единственной возможности решения демографической проблемы, что свидетельствует о большой финансовой значимости этого коммерческого проекта. Практически ни одна страна в мире, даже очень богатая, не платит государственные деньги за весьма серьезные испытания над молодыми трудоспособными женщинами с весьма сомнительным результатом.

Делается вывод: в настоящее время очевиден тот факт, что следует пересмотреть государственные приоритеты в области демографии, переместив их в четкое профилактическое русло - укрепить репродуктивное здоровье подрастающего поколения, изменить их ценностные ориентиры с повышением значимости их собственных детей для дальнейшей жизни и т.д. В то же время есть уверенность, что и вспомогательные репродуктивные технологии в настоящее время могут быть использованы, но в *узких клинических ситуациях*.

Для придания цивилизованного характера вспомогательным репродуктивным технологиям было предложено: 1) запретить рекламу этой тяжелой, подчас инвалидизирующей женщин технологии в средствах массовой информации; 2) внести изменения в Приказ Минздрава РФ №67 от 26.02.2003 г. «О применении вспомогательных репродуктивных технологий...», предусмотрев обязательный консилиум врачей-акушеров с привлечением педиатров, психологов и юристов, дающий разрешение на применение вспомогательных репродуктивных технологий; 3) считать профилактику тяжелых эндокринных форм бесплодия (оздоровление подростков и воспитание адекватного репродуктивного поведения) первоочередной задачей защиты репродуктивного здоровья населения страны, на которую следует сделать ставку в разработке демографических программ; 4) поручить научным педиатрическим коллективам страны провести многоцентровые исследования состояния здоровья и динамики развития детей, появившихся в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий; 5) проводить профилактику многоплодия при индуцированных ЭКО-беременностях; 6) необходимо выделить средства на лечение и реабилитацию маловесных детей, рожденных в результате вспомогательных репродуктивных технологий [6].

Для понимания выше указанных причин осложнений при ВРТ был 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 [18,19]. В результате применения оптимизированных диагностических подходов [20, 21] была выявлена репродуктивно значимая инфекционная патология в различных сочетаниях у 36 (69,2%) пар, из которой преобладала хламидийная (41,9%), трихомонадная (25,6%) и микоуреаплазменная (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 первичные или вторичные генетические дефекты, не связанные с инфекциями и отвечающие за эмбриогенез. После комплексного лечения выявленной репродуктивной патологии у этих пар в течение 1-2 лет у 44 из 52 (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, «идиопатическая» патоспермия у мужчины). Большинство случаев с естественным и искусственным зачатиями закончились рождением здорового ребёнка при доношенной беременности [22].

Приведенные примеры свидетельствуют о том, что искусственное зачатие как метод лечения бесплодия крайне негативно влияет на все этапы эмбрио- и органогенеза будущего ребёнка. Вероятнее всего, имеют место как первичные возрастные генетические нарушения у матери, так и вторичные – связанные с воздействием целого спектра экзогенных и эндогенных факторов. Среди них преобладают возбудители половых инфекций, которые не устраняются на этапе подготовки, а остаются на момент проведения ВРТ и после зачатия. Диагноз «идиопатическое бесплодие» как одно из показаний для проведения ВРТ – это результат недообследования семейных пар и должен устанавливаться в единичных случаях, а удельный вес ВРТ в решении проблемы бесплодия не должен превышать 10-15%.

Таким образом, существующая в настоящее время система преодоления демографического кризиса с широким применением ВРТ не улучшает состояние здоровья семейных пар и, в свою очередь, негативно влияет на состояние общего и репродуктивного здоровья новорожденных и детей, по следующим причинам:

- 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;

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

- отсутствуют эффективные стандарты подготовки семейных пар к естественному и искусственному зачатиям; нередко обилие методов обследования

ния являются излишними и неэффективными в решении репродуктивных проблем; необходимо незамедлительное введение эффективных стандартов в амбулаторно-поликлиническое звено практического здравоохранения;

-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 и, в связи с этим, **угрожает национальной безопасности страны**; отсутствие системы подготовки и тщательного отбора семейных пар на ВРТ дискредитирует его как метод лечения бесплодия.

В связи с этим нами была разработана и апробирована система подготовки семейных пар к зачатию, которая включает [23,24]:

1) введение субспециальности «репродуктолог» в нормативные документы на базе основной специальности «акушер-гинеколог»;

2) подготовку врачей-репродуктологов на последипломном уровне из акушеров-гинекологов (профессиональная переподготовка или ординатура по репродуктологии);

3) введение врачей-репродуктологов в амбулаторно-поликлинические учреждения (АПУ) практического здравоохранения (центра здоровья, центра планирования семьи, городской и районной поликлиник, медсанчасти, центра ЭКО) и регламентацию их деятельности;

4) введение стандартов для репродуктологов по обследованию и лечению бесплодных семейных пар а также семейных пар, готовящихся к беременности.

Врач-репродуктолог АПУ подчиняется непосредственно руководителю амбулаторно-поликлинического учреждения. При подготовке семейной пары к беременности или ведению бесплодной пары он (при необходимости) взаимодействует с урологом и эндокринологом АПУ с тематическим усовершенствованием по «репродуктологии». По вопросам, касающимся сложных диагностических манипуляций и оперативного лечения мужчины и женщины семейной пары, находящихся вне компетенции АПУ (с целью подготовки к естественному зачатию) он взаимодействует с соответствующими узкими специалистами (гинекологами, урологами, хирургами и др.) смежных лечебных учреждений (рис. 1 и 2).

При наличии абсолютных показаний для применения вспомогательных репродуктивных технологий или невозможности естественного зачатия после тщательной подготовки семейной пары проводит её передачу медицинским учреждениям, занимающимся искусственным оплодотворением. Направление семейной пары осуществляется совместно с передачей стандартизованной амбулаторной карты, отражающей её обследование и лечение в процессе подготовки к естественному зачатию ребёнка или к искусственному оплодотворению.

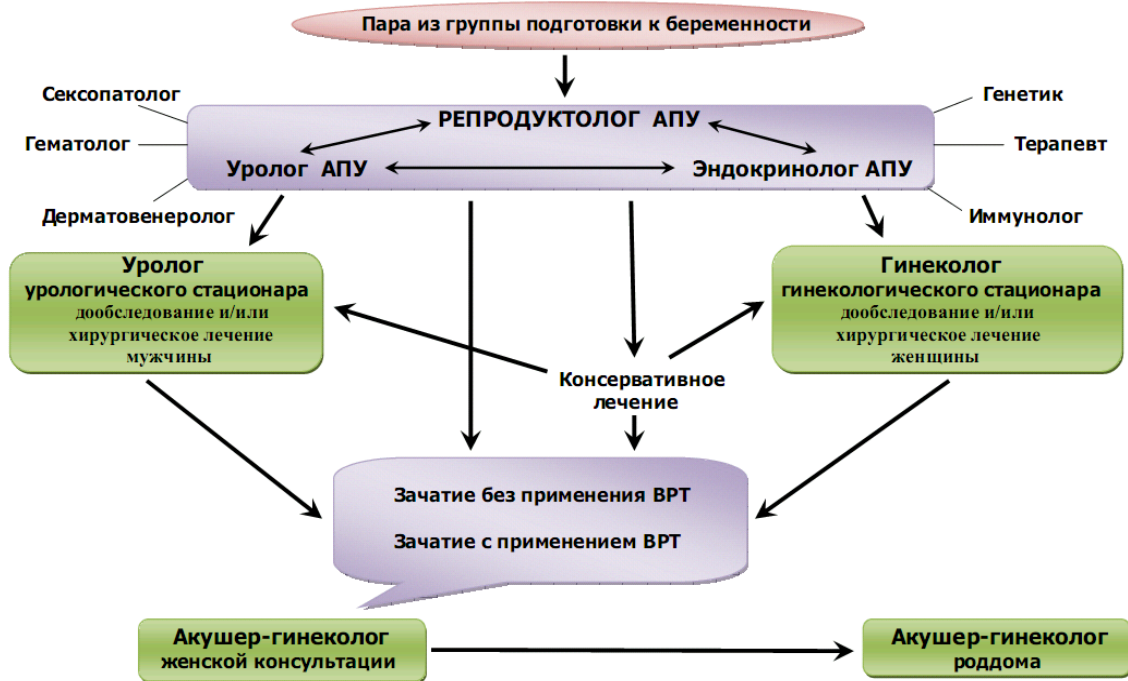


Рисунок 1. Интеграция специалистов при подготовке пары к беременности.

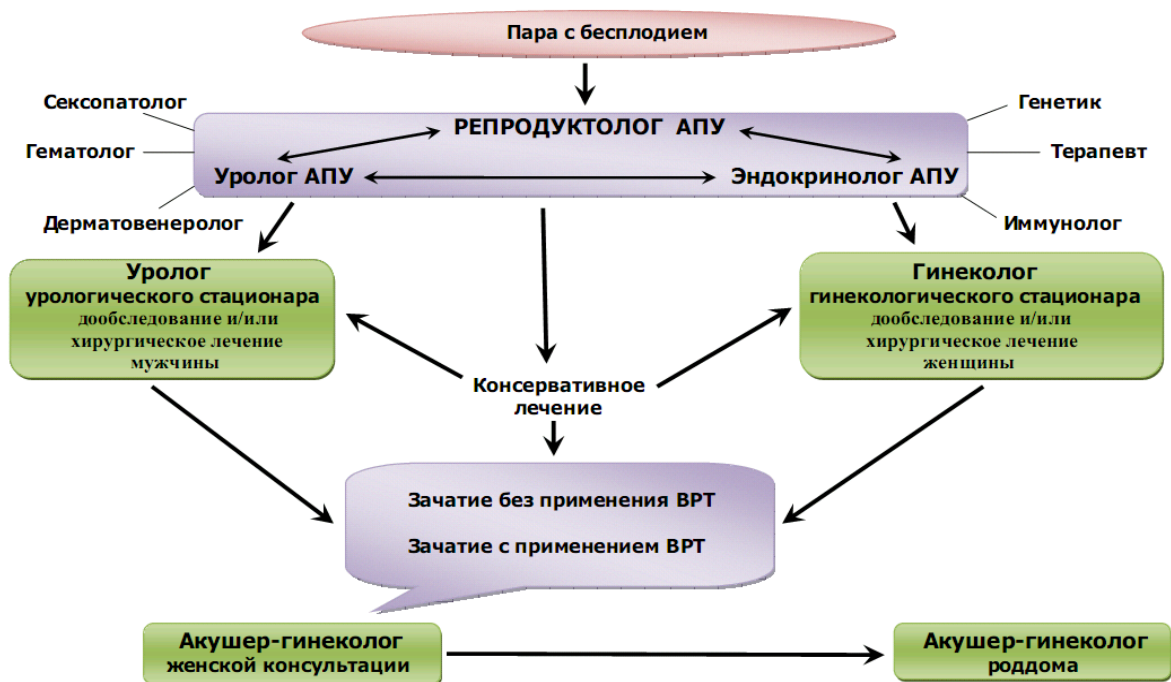


Рисунок 2. Интеграция специалистов при лечении бесплодия в паре.

Разработанная система прошла успешную апробацию на клинических базах на 1626 пациентах (1026 мужчинах и 600 женщинах), 1056 из которых 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.

Заслуживают внимание следующие полученные результаты [22]. 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 парах и в парах с подготовкой к беременности; преобладала патология щитовидной железы (аутоиммунный тиреоидит с гипотиреозом), заболевания надпочечников (скрытый адреногенитальный синдром, синдром гиперкортицизма), гиперпролактинемия и синдром поликистозных яичников.

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 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.

Предложенные меры в масштабе страны позволили бы: 1) улучшить состояние здоровья молодых семейных пар и увеличить количество зачатий естественным путём; 2) снизить осложнения во время беременности и после родов; 3) уменьшить смертность новорожденных и качественно улучшить состояние здоровья детей; 4) проводить более тщательный отбор и подготовку семейных пар к вспомогательным репродуктивным технологиям, повышая их эффективность, а также существенно уменьшить осложнения со стороны беременных, новорожденных и детей – как результат их применения; 5) экономить государственные средства, расходующиеся на проведение вспомогательных репродуктивных технологий, а также на лечение и содержание больных новорожденных и детей.

В случае непринятия экстренных мер можно ожидать последствия, обозначенные на рисунке 3, основным из которых является прогрессивное снижение качества здоровья детского и взрослого населения и, в связи с этим, подрыв экономического и военного потенциала страны.



Рисунок 3. Последствия непринятия экстренных мер по оздоровлению населения России

Принимая во внимание социальную значимость возрастающих репродуктивных нарушений молодёжи в Северо-Западном регионе РФ и имеющийся научно-практический опыт наших специалистов по оздоровлению детского, подросткового населения и молодых семейных пар в декабре 2009 года впервые был предложен Проект министру здравоохранения и социального развития РФ Голиковой Т.А. (засылка от 26.12.2009), включающий систему подготовки семейных пар к зачатию здорового ребёнка. Повторные пакеты были представлены заместителю министра Яковлевой Т.В. (засылка от 7.09.2012), министру здравоохранения РФ Скворцовой В.И. (засылка от 12.11.2012) и директору Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Байбарinou Е.Н. (засылка от 12.11.2012). Были проведены неоднократные встречи с бывшим директором Департамента науки, образования и кадровой политики Егоровым В.А. [23]. От Егорова В.А. был получен категорический отказ с аргументацией, что это не актуально и что нет

денег для реализации данного Проекта, а все остальные обращения остались без ответа.

При этом Проект поддержали (в виде отзывов) многие видные учёные и государственные деятели, клиницисты и организаторы здравоохранения [23].

В ноябре 2013 г. - обращение инициативной группы СЗГМУ имени И.И. Мечникова с Проектом в ассоциацию акушеров и гинекологов Санкт-Петербурга и Северо-Западного региона России, было получено его одобрение. Подготовлен и доставлен пакет документов Министру здравоохранения РФ Скворцовой В.И. от ассоциации акушеров и гинекологов за подписью Председателя ассоциации, заслуженного деятеля науки РФ, академика РАМН, доктора медицинских наук, профессора Айламазяна Э.К. с обоснованием крайней необходимости введения в регламентирующие документы субспециальности «репродуктология» и врачей-репродуктологов в АПУ с целью подготовки семейных пар к зачатию, лечения бесплодных пар и минимизации осложнений у новорожденных и детей. Повторная засылка пакета через год по причине отсутствия какой-либо реакции со стороны МЗ.

В сентябре 2014 года отправлено обращение Президента Санкт-Петербургского отделения Союза педиатров России, заслуженного деятеля науки РФ, лауреата премии Правительства РФ, доктора медицинских наук, профессора Шабалова Н.П. директору Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения МЗ РФ Байбариновой Е.Н. по реализации Проекта. Однако повторная засылка министру и пакет Байбариновой Е.Н. остались также без ответа [23].

Вывод:

В настоящее время в России созрела крайняя необходимость принятия срочных мер по переориентации приоритетов в клинической медицине для создания предпосылок в оздоровлении населения, что позволит сохранить экономический и военный потенциал страны, что, в свою очередь, ликвидирует угрозу её национальной безопасности.

Литература:

1. Гинекология: Национальное руководство / Под ред. В. И. Кулакова, И. Б. Манухина, Г. М. Савельевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. С. 1072.
2. 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.
3. Лебедев С.В. Статистика бесплодия в России: заблуждения и факты (часть 1). 2012. Режим доступа: <http://lebedev.livejournal.com/10738.html>
4. Рищук С.В., Татарова Н.А., Мирский В.Е., Душенкова Т.А., Гусев С.Н. Место репродуктологии в системе профилактической медицины. // Профилактическая и клиническая медицина. 2012. №3. С.12-18.
5. Корсак В.С., Смирнова А.А., Шурыгина О.В. Регистр ВРТ Российской ассоциации репродукции человека: 19-й ежегодный ретроспективный

отчёт за 2013 год. 2015. Режим доступа:
http://www.rahr.ru/d_registr_otchet/ART_2013.pdf

6. Баранов А.А. Справка о состоянии здоровья детей, родившихся в результате использования вспомогательных репродуктивных технологий, в том числе ЭКО. 2012. Режим доступа: <http://www.pediatr-russia.ru/node/124>

7. 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.

8. Мирский В.Е., Рищук С.В. Заболевания репродуктивной системы у детей и подростков (андрологические аспекты): руководство для врачей. СПб.: СпецЛит, 2012. 479 с.

9. Klemetti R, Sevón T, Gissler M et al. Health of children born as a result of in vitro fertilization. *Pediatrics*. 2006. V. 118, №5. P.1819-27.

10. Бахтиярова В.О. Состояние здоровья детей, родившихся в результате экстракорпорального оплодотворения и искусственного осеменения: Дисс. ... канд. мед. наук. М. 1993.

11. Атласов В.О., Долгов Г.В., Куликова Н.А. и др. Особенности родоразрешения и состояния новорожденных у женщин после ЭКО. Режим доступа: http://www.critical.ru/confcontexts/2005/akusherstvo/art10_ak_2005.htm

12. Кузнецова В.С. Состояние здоровья детей от матерей, лечившихся по поводу бесплодия: Дисс. ... канд. мед. наук. Воронеж, 2005. 148с.

13. Лысенко А.В. Маркелова М.И., Судакова Н.М. Анализ факторов риска беременности и раннего неонатального периода новорожденных после вспомогательных репродуктивных технологий // Современные научные исследования и инновации. 2013. №1. Режим доступа: <http://web.snauka.ru/issues/2013/01/19773>

14. Kalra S.K., Molinaro T.A. The association of in vitro fertilization and perinatal morbidity // *Semin. Reprod. Med.* 2008. V.26, №5. P.423-35.

15. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство / под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко. 2-е изд. испр. и доп. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010. 784 с.

16. Stewart L.M., Holman C.D., Hart R. et al. In vitro fertilization and breast cancer: is there cause for concern? // *Fertil Steril*. 2012. V.98, №2. P. 334-40.

17. Brinton L.A., Lamb E.J., Moghissi K.S. et al. Ovarian cancer risk associated with varying causes of infertility // *Fertil Steril*. 2004 V.82, №2. P. 405-14.

18. Ведение больных инфекциями, передаваемыми половым путём, и урогенитальными инфекциями: клинические рекомендации Российского общества дерматовенерологов и косметологов. М.:Издательский дом «Деловой экспресс», 2012. 112 с.

19. Савичева А.М., Шипицина Е.В., Соколовский Е.В. и др. Лабораторная диагностика урогенитальной хламидийной инфекции: методические рекомендации. СПб.: «Изд-во Н-Л», 2009. 56 с.

20. WHO. Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections, including human immunodeficiency virus / edited by Magnus Unemo, Ronald Ballard, Cath-

erine Ison [et al]. Printed by the Document Production Services, Geneva, Switzerland. 2013. P. 228.

21. Рищук С.В. Обоснование методических рекомендаций по оптимизации диагностики репродуктивно значимых инфекций у половых пар // Бюллетень Оренбургского научного центра УрО РАН. 2013. №3. Режим доступа:

[http://elmag.uran.ru/magazine/Numbers/2013-3/Articles/RishukSV\(2013-3\).pdf](http://elmag.uran.ru/magazine/Numbers/2013-3/Articles/RishukSV(2013-3).pdf)

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

23. Рищук С.В., Татарова Н.А., Мирский В.Е. Проект по оздоровлению детей, подростков и семейных пар в РФ. Санкт-Петербург, 2012. Режим доступа:

<http://rishchuk.ru/content/%D1%80%D0%B5%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0>

24. Рищук С.В., Татарова Н.А., Мирский В.Е., Зуева Л.П. Оздоровление детей, подростков и семейных пар – приоритетное направление профилактической медицины // Материалы Межгосударственного форума государств – участников содружества независимых государств «Здоровье населения – основа процветания стран содружества». Москва, 2012. С.116-119.