

С. В. Ришук

доктор медицинских наук

В. Е. Мирский

доктор медицинских наук

Северо-Западный институт андрологии, Санкт-Петербург

Оздоровление молодежи России — основная задача демографической политики государства

В числе задач национальной безопасности России и ее 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 остается 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 г. население России составит всего 130 млн человек (по данным ООН — до 107,8 млн человек).

Сложная демографическая ситуация во многом обусловлена низким репродуктивным потенциалом молодежи, вступающей в семейную жизнь. Распространенность 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 % [2–5].

Заболеваемость детей и подростков. Особую тревогу вызывает рост заболеваемости подростков. В резолюции XVI съезда педиатров России (2009) было отмечено, что за последние пять 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 фер-

тильности [3–8]. Возникает замкнутый круг: «больные дети—больная молодежь—больные родители—больные дети» [9]. Трудно ожидать, что от больных родителей родится здоровый ребенок.

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 170 000 детей и подростков сотрудниками НИУ «Северо-Западный институт андрологии» (Санкт-Петербург), уровень андрологической патологии у мальчиков и юношей в Великом Новгороде составил 454,8 ‰, в Барнауле — 448,9 ‰, в Новгородской области — 283 ‰, в Санкт-Петербурге — 153,1 ‰ [10]. По данным осмотров 2009 г., только во Фрунзенском районе Санкт-Петербурга частота андрологической патологии за 10 лет увеличилась в 4 раза (из доклада Законодательному собранию Санкт-Петербурга, 2009). Несвоевременное выявление и коррекция андрологических заболеваний у детей и подростков может привести к крайне негативным последствиям (схема 1). Необходимо отметить, что реальные цифры распространенности этой патологии, часто приводящей к нарушению фертильности мужского населения регионов России, отсутствуют по следующим причинам:

- низкий уровень обращаемости подросткового населения в медицинские учреждения из-за бессимптомного течения андрологических заболеваний (крипторхизма, варикоцеле, гипонадизма, задержки полового развития), нарушающих репродукцию мужчины в детском и подростковом возрасте, требующих своевремен-

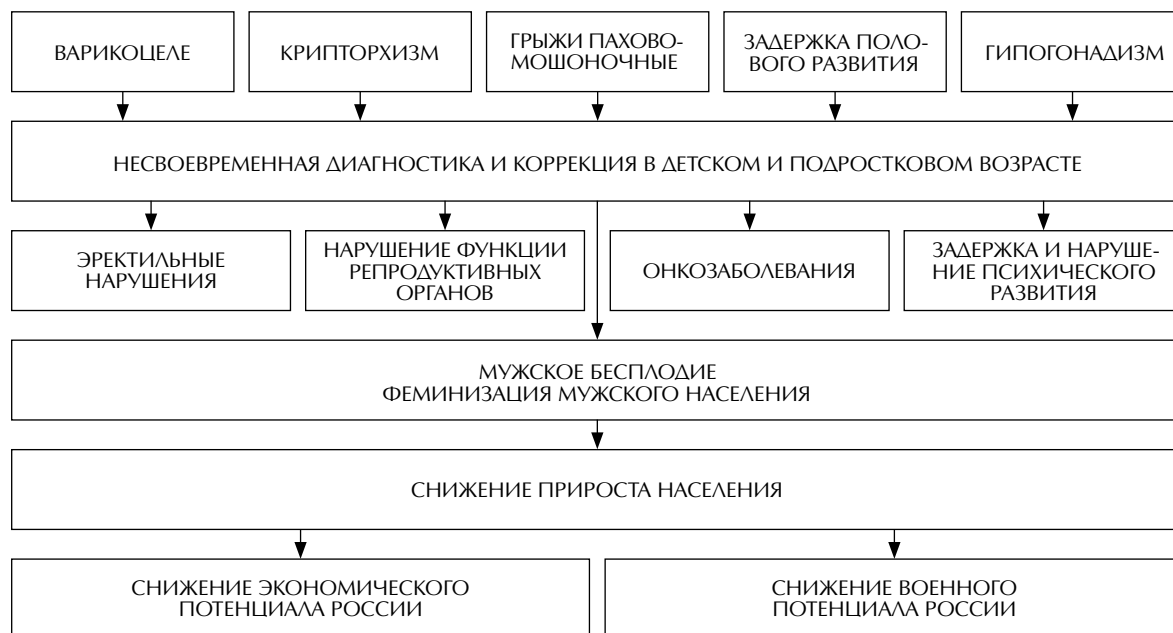


Схема 1. Наиболее частые осложнения детской и юношеской андрологической патологии

ного *активного* выявления, лечения и длительного диспансерного наблюдения;

- отсутствие организации на должном профессиональном уровне медицинских осмотров детского и подросткового населения в дошкольных и школьных учреждениях ввиду недостаточного количества квалифицированных специалистов-андрологов и крайне низкого их материального обеспечения;

- отсутствие привлечения 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 ребенка. Беременность, наступившая в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий, относится к группе высокого риска, а сами методы можно назвать «методами отчаяния». Уже имеются многочисленные данные о появлении у детей, рожденных 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, ante- и интранатальной гипоксией плода и асфиксиями при рождении. Характерно, что количество данных осложнений при применении искусственного оплодотворения намного больше, чем после естественного зачатия [12]. Дети, зачатые путем экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), часто требуют высокотехнологичной перинатальной помощи и повторных госпитализаций, а также многолетнего наблюдения и применения разных видов скрининга для выявления врожденной патологии [13–16].

Состояние здоровья призывников ВС РФ. Учитывая негативные демографические тенденции, хотелось бы обратить особое внимание на *количественное* и *качественное* укомплектование личного состава Вооруженных Сил РФ. В настоящее время задача комплектования армии и флота здоровым пополнением приобрела государственное значение, а дефицит призывного контингента, нарушения здоровья, низкий интеллектуальный и психический уровень поступающего пополнения — главные проблемы Вооруженных 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 Вооруженных Силах. Подростки, как известно, представляют собой ближайший репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный и культурный резерв общества.

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

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 тыс. юношей, что составило почти 30 % от числа всех освидетельствованных в стране. Из этого числа около 200 тыс. ежегодно освобождается от военной службы из-за дефицита массы тела, 109 тыс. — из-за сколиоза и плоскостопия и более 100 тыс. — из-за психических расстройств. По мнению председателя ЦВВК, в 2010 г. в стране наблюдается так называемая «демографическая яма», то есть на воинский учет будет поставлено только чуть более 600 тыс. юношей (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 7 000 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 [18–20].

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 четырех районах Санкт-Петербурга свидетельствуют о том, что на каждую тысячу несовершеннолетних петербуржцев мужского пола приходится более 3 тыс. всевозможных заболеваний, а в возрастной группе от 15 до 17 лет — более 4 тыс.! 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 [23–25].

По данным С. Б. Белогорова и соавт. [26], состояние здоровья юношей Иркутской области, достигших призывного возраста, за исследуемый период имеет резко негативную динамику. Основную долю заболеваний, приведших 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 %). Характерно, 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 наличием подготовленных к военной службе молодых людей. Их становится не больше, а, к сожалению, меньше», — заявил Д. А. Медведев на заседании президиума Госсовета, посвященном допризывной подготовке молодежи. Президент напомнил, что, в соответствии с утвержденной военной стратегией, комплектование армии и флота до 2020 г. останется смешанным, причем трое из четырех военнослужащих 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 ребенка, что позволит минимизировать количество циклов искусственного оплодотворения и уменьшить количество осложнений, связанных с беременностью, со стороны матери и ребенка. 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 ее 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 вышеизложенных 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, приводящего, в конечном результате, к естественному зачатию ребенка или (как крайний вариант) к формированию тщательно отобранных и подготовленных групп для искусственного оплодотворения. Это позволит уменьшить количество осложнений как во время беременности в результате естественного зачатия, так и во время проведения ЭКО, а также повысить эффективность вспомогательных репродуктивных технологий и сохранить здоровье семейных пар для реализации детородной функции в будущем (схема 2).

Во-вторых, целесообразны изменения в подготовке детских андрологов, разрешив их подготовку не только из детских хирургов и урологов, но также из педиатров и детских эндокринологов. Это дало бы возможность на этапе допубертатного и пубертатного возраста эффективнее выявлять и своевременно проводить коррекцию заболеваний половой сферы, вызывающих бесплодие в репродуктивном возрасте у мужчин.



Схема 2. Основные положения Проекта по улучшению состояния здоровья новорожденных, детей, подростков и семейных пар в РФ (образовательный аспект)

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 в других областях Северо-Западного региона России, а затем и по всей России было бы полезно создать специализированную детскую и подростковую андрологическую службу с консультативно-диагно-

стической и хирургической лечебной деятельностью. Ее организация позволила бы активно и своевременно выявлять андрологическую патологию у детей и подростков, проводя ее 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: 1-й этап — участковые педиатры и врачи образовательных учреждений; 2-й этап — уроандрологические кабинеты на базе детских поликлиник; 3-й этап — городские (областные) центры репродуктивного здоровья детей и подростков или городские (областные) уроандрологические диспансеры; 4-й этап — специализированные андрологические отделения детских многопрофильных больниц, а также Центра репродуктологии и андрологии и филиалов.

Из числа планируемых Центров здоровья часть 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. Считаю целесообразным создание аналогичных Центров и в других регионах РФ.

Перед Центром и филиалами, на наш взгляд, должны быть поставлены следующие задачи: 1) организация и проведение скрининговых обследований детей и подростков в Ленинградской области и других областях Северо-Западного региона России для выявления андрологической патологии с привлечением специалистов Центра и медицинских учреждений на местах; обязательное создание единой компьютерной базы, учитывающей результаты обследования каждого подростка; 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 иммунных показателей, взятие венозной крови для определения гормонов; 4) организация дальнейшего углубленного обследования и лечения детей и подростков с уже выявленной андрологической патологией; 5) организация амбулаторного и стационарного (хирургического) лечения как на базе Центра, так и с привлечением других специализированных меди-

цинских учреждений; 6) организация регулярного диспансерного наблюдения детей и подростков с выявленной андрологической патологией после проведения консервативного и/или оперативного лечения; 7) организация диагностических мероприятий по выявлению инфекционных и неинфекционных заболеваний у детей и подростков, прямо или косвенно нарушающих их репродуктивный потенциал; 8) организация массовой санитарно-просветительской 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 образовательной деятельности в системе послевузовского и дополнительного профессионального образования для подготовки и усовершенствования медицинских специалистов по репродуктологии, детской и подростковой андрологии.

Развитие научной деятельности могло бы включать: 1) проведение комплексных научных исследований в области детской и подростковой андрологии и репродуктологии по выявлению факторов риска возникновения андрологических заболеваний; профилактических мероприятий при воздействии экологических факторов, характерных для той или иной территории проживания; 2) изучение распространенности 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; 3) создание в минимальные сроки модели оказания андрологической помощи детям и подросткам для других регионов России (Урала, Сибири и Дальнего Востока); 4) формирование научных андрологических кадров для Центра, а также для медицинских учреждений Северо-Западного и других регионов РФ; 5) участие и проведение научных и научно-практических семинаров, конференций, симпозиумов, пленумов; 6) подготовка публикаций, научных статей и руководств по андрологической тематике; 7) оказание методической и высококвалифицированной консультативной медицинской помощи учреждениям практического здраво-

охранения; 8) контроль и тщательная подготовка молодых семейных пар для вспомогательных репродуктивных технологий (по показаниям); 9) проведение высококвалифицированно-психологического консультирования детей, подростков и молодых семейных пар.

Таким образом, реализация Проекта позволила бы достичь следующих результатов.

- Улучшить состояние здоровья молодых семей и увеличить количество зачатий естественным путем 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 сэкономить государственные средства, которые расходуются в настоящее время на лечение всех вышеуказанных осложнений.

- Проводить более тщательный отбор и подготовку семейных пар к вспомогательным репродуктивным технологиям (ВРТ), тем самым повысив эффективность данных технологий (довести количество родов с 25 до 50–60 %), снизить количество осложнений при проведении циклов ВРТ. Эти меры, в свою очередь, приведут к экономии огромного количества средств, расходуемых государством, и, особенно, средств из семейных бюджетов на про-

ведение репродуктивных технологий. Кроме этого, снизится количество больных детей, рожденных в результате применения ВРТ.

- Усилить состав детских андрологов для *активного и своевременного выявления* патологии у детей и подростков, проводить ее 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) детей и подростков, так как репродуктивное здоровье — это интегральный показатель общего здоровья.

В результате вышеперечисленных мер, 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*: Рук. для врачей/Под ред. О. В. Шарاپовой. СПб., 2007. С. 436.
6. *Кирьянов А. В., Калинин 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//Матер. II Всерос. конф. «Мужское здоровье». М., 2005. С. 39.
8. *Омаров М. Г., Тарусин Д. И., Румянцев А. Г.* Воспалительные заболевания в детской андрологической практике//Леч. врач. 2005. № 10. С. 70–73.
9. *Юрьев В. К., Куценко Г. И.* Общественное здоровье и здравоохранение. СПб.: Петрополис, 2000. С. 912.
10. *Мирский В. Е., Рищук С. В.* Руководство по детской и подростковой андрологии (организационно-клинические аспекты): Рук. для врачей. СПб.: Спецлит, 2008. С. 319.
11. *Мирский В. Е.* Медико-социальная оценка репродуктивного здоровья мальчиков и научное обоснование организационных форм его улучшения: Дис. докт. 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. Vol. 118. № 5. P. 1819–27.
14. *Ceelen M. et al.* Cardiometabolic differences in children born after in vitro fertilization: follow-up study//J. clin. Endocr. Metab. 2008. Vol. 19.
15. *Kallen B. et al.* In vitro fertilization in Sweden: child morbidity including cancer risk//Fertil Steril. 2005. Vol. 84. № 3. P. 605–10.
16. *Riebeling P. et al.* Are screening examinations necessary in ruling out ocular malformations after reproduc-

- tion treatment? // *Klin. Mbl. Augenheilk.* 2007. Vol. 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 // *Здравоохран. РФ.* 2001. № 5. С. 57.
 18. *Смирнов В. В.* Пресс-конференция по призывной молодежи: 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. А.* О состоянии здоровья призывников // *Медновости. АМИ-ТАСС.* 2009. <http://medportal.ru/mednovosti/news/2009/04/22/medvedev/>
 20. *Смирнов В. В.* Пресс-конференция о состоянии здоровья призывников // *Медновости. РИА НОВОСТИ.* 2008. <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.* Прибывшая армия: Комментарий председателя Центральной военно-врачебной комиссии МО РФ В. Куликова Интерфаксу. М., 2007. <http://www.admhmao.ru/VK/News/statja16.htm>
 23. *Куликов А. М.* Подростки в современной России: Здоровье и медико-социальные особенности // *Журн. акуш. и жен. бол.* 2006. Т. LV (Спецвыпуск). С. 36–39.
 24. *Социальное и демографическое развитие России. Каирская программа действий: 15 лет спустя.* Гл. 10. Подростки и молодежь. М.: Изд. представительства ЮНФПА в РФ, 2010. С. 122–131.
 25. *Островская О.* Актуальный комментарий // *Санкт-Петербургские Ведомости* 2001. № 66. <http://www.pressa.spb.ru/newspapers/spbved/2001/arts/spbved-2456-art-5.html>
 26. *Белогоров С. Б., Долгих В. В., Смирнов Е. Л. и др.* Здоровье призывников Иркутской области // *Сиб. мед. журн.* 2008. № 4. С. 59–61.
 27. *Медведев Д. А.* О состоянии здоровья допризывной молодежи: Речь на заседании президиума Госсовета, посвященного совершенствованию системы допризывной подготовки молодежи. Рязань: ИТАР-ТАСС, 2009. <http://ami-tass.ru/article/48190.html>
 28. *Медведев Д. А.* О состоянии здоровья призывников // *Медновости. АМИ-ТАСС.* 2009. <http://medportal.ru/mednovosti/news/2009/04/22/medvedev/>