



Корсак Владислав Станиславович

Российский акушер-гинеколог, генеральный директор «Международного центра репродуктивной медицины» (МЦРМ), доктор медицинских наук, профессор, заведующий научно-исследовательской лабораторией репродуктивных технологий Института перинатологии и педиатрии ФГБУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова», с 1995 года – Президент Российской ассоциации репродукции человека (РАРЧ), член редакционной коллегии журнала «Проблемы репродукции», официальный представитель российских репродуктологов в европейском консорциуме по мониторингу IVF (EIM ESHRE) и азиатско-тихоокеанском обществе репродукции (the Asia Pacific Initiative on Reproduction ASPIRE). В разные годы был членом рабочей группы по репродуктивному здоровью экспертного совета по здравоохранению Комитета по социальной политике и здравоохранению Федерального Собрания РФ, членом рабочей группы Комитета Государственной Думы по охране здоровья, членом рабочей группы по вспомогательным репродуктивным технологиям Минздравсоцразвития РФ, членом Управляющего комитета Консорциума по мониторингу IVF Европейского общества репродукции человека и эмбриологии (the member of the Steering Committee of the EIM Consortium ESHRE).

Преподавательский стаж в СПбГМУ им. академика И.П. Павлова – 31 год. С 1992 года по 2006 год в ГУ «НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта» РАМН руководил работой отделения консервативной гинекологии и отделением ВРТ. Почетный член Казахстанской ассоциации репродуктивной медицины.

Автор 208 научных публикаций, из них около 50 опубликовано за рубежом, 6 методических указаний, 9 компьютерных тестовых программ по акушерству и гинекологии.

ВЛАДИСЛАВ СТАНИСЛАВОВИЧ КОРСАК:

БОЛЕЕ ПЯТИ МИЛЛИОНОВ ДЕТЕЙ В МИРЕ ПОЯВИЛОСЬ В СЕМЬЯХ, ОБРЕЧЕННЫХ НА БЕЗДЕТНОСТЬ

В России около 15% супружеских пар страдают бесплодием. «В нашей стране переполнены детские дома, – скажете вы, – возьмите себе ребеночка и живите счастливо». Соглашусь, что если бы каждый из нас смог принять такое решение, мир бы стал лучше. А стали бы крепче семьи? Не ушел бы супруг из дома в погоне за своим кровным потомством? Не стала бы супруга видеть в вошедшем в семью ребенке корень всех бед? В 2013 году процент разводов относительно зарегистрированных браков составил более 65%. Причин этому, конечно, множество. Но одной из самых весомых остается неудовлетворенный инстинкт продолжения рода, потому что в основе поведения всякого живого существа лежат инстинкты. И человек – не исключение из этого правила.

Бесплодие не причина для развода. Бесплодие – это болезнь. Сегодня есть много способов борьбы с ней. Для этого и трудятся такие врачи, как Владислав Станиславович Корсак, и существуют такие центры, как МЦРМ.

Корсак – настоящий интеллигент, с благородной осанкой и мудрым взглядом. Белый халат, идеально начищенная обувь. Настоящий доктор!

С Владиславом Станиславовичем мы обсудим много важных тем: государственное финансирование лечения бесплодия, сегодняшние возможности вспомогательных репродуктивных технологий, отношение общества к суррогатному материнству, достижения и развитие Международного центра репродуктивной медицины и многое другое. Поговорим о самом Владиславе Станиславовиче. О блокаде в его жизни, его профессиональном пути, хобби и планах на будущее.

ЛИЧНОСТЬ

– 27-го января мы отметили семидесятую годовщину полного освобождения Ленинграда от фашистской блокады. Что значит это событие лично для Вас?

– Значит очень много, потому что моя родная бабушка всю блокаду прожила в Ленинграде в доме 100 по Московскому проспекту (Новодевичий монастырь). Слава богу, осталась жива. С ней вместе по тому же адресу я жил более 20 лет (все мое детство и юность). Так что о войне и блокаде я знаю «из первых рук». Мы играли во дворе в развалинах детского сада, разрушенного при бомбежке. Во время блокады в качестве еды изготавливали «дуранду» (жмых) – это отходы от производства растительного масла, спрессованные в плитки. С современной позиции это что-то совершенно несъедобное. Отколоть от него кусочек было возможно разве что топором. Хорошо помню, как стою

Я ХОРОШО УСВОИЛ, ЧТО
НА ТАРЕЛКУ НУЖНО КЛАСТЬ
РОВНО СТОЛЬКО, СКОЛЬКО
ТОЧНО СЪЕШЬ И НЕ БОЛЕЕ.
ВЫБРАСЫВАТЬ НИЧЕГО НЕЛЬЗЯ

перед мальчишкой постарше, а у него вот эта самая «дуранда». Я его прошу попробовать, а он не дает ни в какую. Я хорошо усвоил, что на тарелку нужно класть ровно столько, сколько точно съешь и не более. Выбрасывать ничего нельзя. Крошки хлеба со стола надо смести и тоже доест. Отношение к еде, к хлебу очень строгое с детства.

– Я знаю, что у Вас есть внуки. Рассказывайте ли Вы им о блокаде?

– Да, у меня двое внуков, они еще маленькие, не все пока по-настоящему могут понять, но о войне и блокаде, придет время, они, конечно, узнают, в том числе и из рассказов об их прабабушках и прадедушках.

– Поздравляем всех ветеранов, прошедших войну.

– Да, здоровья всем им и их близким.

– В одном из своих интервью Вы рассказали, что с выбором профессии Вам помогла дисграфия.

– Нет, не помогала (смеется), но сильно ограничивала выбор. Для меня дисграфия была серьезной проблемой, потому что о таком диагнозе никто тогда не слышал. Я помню, как в пятом классе по русскому языку мне хотели поставить «кол» в четверти, не понимая того, что большое количество ошибок, вернее описок, это не из-за лени или глупости. Сегодня дисграфия корректируется, этим занимаются логопеды, но мне досталась другая доля.

Поскольку я родился в декабре и на год позже пошел в школу, мне нужно было обязательно поступать в ВУЗ – в противном случае я бы смог это сделать только после армии. В то время во флоте нужно было служить четыре года, в сухопутных войсках три. Мне не хотелось терять столько времени, я мечтал продолжать образование. Понимая, что моя профессия не может быть связана ни с математикой, ни с филологией, я пошел в медицину. Сочинение было решающим испытанием. До сих пор помню, как я пытался быть максимально внимательным, по несколько раз проверял каждое слово. Удалось получить тройку – о чем и мечтал. Все остальные экзамены сдал на пятерки! Общий балл вышел высокий – я поступил!

– Отличный пример многим детям с дисграфией и утешение родителям, которые за них переживают!

– Просто диагноз надо ставить вовремя, чтобы это заболевание было выявлено своевременно и не превращало жизнь ребенка в ад.

– Вы первый врач в Вашей семье?

– Да. Я не пошел по стопам своих родителей. Отец был инженером-электриком, а мама технологом.

– Я слышала, что в свободное время Вы занимаетесь плаванием. Это Ваше единственное увлечение?

– Да, плавание – это мое любимое занятие! С возрастом особенно. В какой-то момент на-



Доволен результатом

ступает просто физическая потребность идти в бассейн.

– Вы выступаете на соревнованиях?

– Да, ветеранские заплывы проводятся каждый год! Вот и 31 января я принял участие в одном из них. В этом году надеялся перейти в группу более старшего возраста, будучи физически молодым (улыбается). Потому что соревноваться с людьми, которые младше меня, трудно. Но не вышло. Только в следующем году перейду в группу 71 и старше. Это досада. В моем возрасте многие прибавлению лет не очень рады, а один профессор из горного института, который занимается плаванием более серьезно, чем я – выступает на ветеранском чемпионате мира, объяснил, что надо радоваться. При переходе в следующую возрастную группы ты оказываешься самым молодым среди соперников – легче становится побеждать. В этом году пришлось соревноваться с «детьми», поэтому 2 место (смеется). Главное сохранять стабильным результат, а возраст поможет (улыбается) занять лидирующие позиции.

– Что Вы любите почитать? Может быть, телевизор смотрите вечером?

– Для чтения мало времени, так как приходится много писать. То есть на данном этапе я больше «писатель», чем «читатель». В вечерних программах, к сожалению, смо-



Управляющий комитет EIM ESHRE 2012. Слева направо сидят: М. Купка, А.П. Феррарети, В. Гуссенс, стоят Ж.де Муазон, В. Корсак, Х. Кастила

треть нечего, поэтому выбираю «Последние известия». Много времени и внимания требует и моя общественная работа в качестве Президента РАРЧ.

– Когда же Вы все успеваете?

– С годами как-то все рационально организовалось. Мне очень повезло, я работаю с великолепными профессионалами, зрелыми и абсолютно самостоятельными специалистами. Так что на работе все спокойно. Куда не обернешься, те, кто раньше был моими бывшими студентами, теперь уже профессора!

– Давно не преподаете в Первом медицинском?

– С 2006 года.

– Что для Вас значила работа на кафедре?

– Преподавание на кафедре позволило мне стать настоящим профессионалом в акушерстве и гинекологии. Как ассистент и доцент кафедры, я вел занятия и читал лекции студентам 4, 5 и 6 курсов, клиническим ординаторам и аспирантам. В результате – настоящие, глубокие, постоянно пополняемые теоретические знания. Работа во всех отделениях клиники, дежурства рядом с врачами высочайшего уровня позволили получить бесценные практические навыки и самому



С внуками Костей (слева) и Славой (справа), 2013



Ю. Верлинский, Р. Эдвардс, В. Корсак, Берлин, конференция ESHRE 2005

стать квалифицированным врачом. Выполнение научных исследований – обязательная часть функциональных обязанностей преподавателя. Я пришел на кафедру студентом, а ушел доктором наук, профессором – это громадное счастье. На нашей кафедре, в одной из первых в стране, стали разрабатывать и применять компьютерные тестовые программы для контроля знаний студентов. Я несколько лет занимался созданием таких программ. Над этим я работал начиная с 1988-го года, когда еще был старинный компьютер под названием «Минск», занимающий две комнаты. У меня до сих пор сохранился достаточно большой архив демонстрационного материала. Слайды для обучения акушерству мы подарили кафедре. А вот по гинекологии не удалось все представить в законченном виде. Может, когда появится больше времени, я доделаю начатое. Или выложу их в Интернет – пригодятся кому-то в обучении. Встреча с молодыми – это всегда интересно.

– Мне известно, что Вы работали на Крайнем Севере и в Африке. Что дала Вам эта практика?

– В Норильск я попал по распределению после окончания института в 1969 году и проработал в Объединенном роддоме 3 года. Это незабываемый и чрезвычайно важный период в моей жизни. Со студенческой скамьи я оказался, по моему убеждению, в лучшем в стране медицинском учреждении. При полной дневной загрузке у меня было по во-

семь – десять суточных дежурств. Просто жил на работе. Уходил только в бассейн и играть в бадминтон. На неделе, может, две-три ночи ночевал дома. В результате участвовал во всех срочных операциях и проблемных родах. Бесценный практический опыт.

В Эфиопии я работал консультантом-специалистом с 1985-го по 1988-й год в университетских госпиталях. Отвечал за обучение интернов и резидентов (клинических ординаторов). Там систематического наблюдения за беременными не существовало. Обычно рожали дома. В больницу обращались только в связи с проблемами. А основной проблемой практически всегда оказывалась угроза жизни матери и плоду. Такой практики в патологическом акушерстве здесь не получить. Там завершилось мое становление как специалиста. Вернувшись на родину, я уже многому мог научить не только студентов, но и моих коллег. Спокойно мог работать дежурным консультантом на кафедре и в Оттовском институте.

– В 90-х годах Вы некоторое время жили и работали в Америке. Вам там понравилось? Где лучше работать – за границей или в России?

– Сравнивать Советский Союз с Америкой нельзя. В 1990 году я оказался в другом мире, где все, начиная с медицинских масок и заканчивая дорогостоящими инструментами, было одноразовое. Это было своего рода везение. Однажды группа медицинских

сестер приехала из Нью-Йорка в Петербург в Оттовский институт. Когда они увидели наше столетнее гинекологическое кресло, у них было ощущение, что их привели в исторический музей. При том что архитектура Института просто великолепна! При входе большая лестница, порфиновые колонны. И такой контраст – марлевые маски, желтые от времени халаты. Тогда у них возникла идея пригласить наших медсестер к ним, показать, что есть и другая жизнь. Были выбраны две кандидатуры. Определили маршрут: восточное побережье Америки – Нью-Йорк, Бостон, Филадельфия. Понадобился человек со знанием английского языка. Я проходил мимо по коридору, где в этот момент решался вопрос, кто поедет. На меня указали пальцем: «Вот, он говорит по-английски, пусть едет». Так я оказался в нужное время в нужном месте.

Месяц мы провели в Америке, ежедневно посещая новые места. Из страны с пустыми

ПЛАВАНЬЕ – МОЕ ЛЮБИМОЕ ЗАНЯТИЕ, А ВЕТЕРАНСКИЕ ЗАПЛЫВЫ ПРОВОДЯТСЯ КАЖДЫЙ ГОД

полками в магазине мы попали туда, где все пышет изобилием и новизной. Из Америки мы привезли двенадцать ящиков подарков от американских медсестер российским. Это был уникальный случай, когда нас пропустили с таким количеством багажа. Привезенную одноразовую маску наши коллеги носили месяц. Сейчас это кажется забавным, но тогда мы не могли выкинуть вполне хорошую вещь. В институте собрался весь коллектив, которому мы рассказывали и показывали то, что там видели. Все поражались.

– Как попали в Америку во второй раз?

– Приглашение прислали именно мне, два года спустя. Поехал на три месяца. Набирался в операционной в основном зрительного опыта. Привез в Россию три коробки инструментов для лапароскопии. В Америке их бы выкинули после первой операции, а здесь мы провели стерилизацию гамма-лучами и еще какое-то время ими работали. Стоимость каждого инструмента была не менее 100-150 долларов.



Слева Бруно Люненфельд (Израиль),
Москва, Форум «Мать и дитя», 2012

– С тех пор продолжили работать в России?

– Я и не переставал это делать, просто ездил в командировки. В 1993 году у нас появился Юрий Верлинский, который занимает выдающееся место в истории развития вспомогательных репродуктивных технологий в нашей стране и в мире. Все началось с его предложения диагностировать муковисцидоз у эмбрионов в институте имени Д.О. Отта. Для этого нужно было создать полноценное хорошо оборудованное отделение экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Администрация Оттовского института пошла на это с радостью. Когда мы начинали работу, ЭКО занимались только 12 центров в Москве, а преимплантационной диагностикой никто. Эффективность лечения не превышала 10%.

Я ПРИШЕЛ НА КАФЕДРУ СТУДЕНТОМ, А УШЕЛ ДОКТОРОМ НАУК, ПРОФЕССОРОМ – ЭТО ГРОМАДНОЕ СЧАСТЬЕ

Государственных программ финансирования ЭКО в это время не было. Юрий Верлинский, вложил в этот проект свои деньги и осуществил задуманное. Отремонтировали этаж, из Америки получили все необходимое оборудование и расходные материалы. Отделение начало работать, все заработанные деньги вкладывались в ремонт всего корпуса. Были куплены трансформаторы, заменено водоснабжение и канализация, укреплены фундамент и крыша. В итоге получился центр репродуктивной медицины, в который пациенты обращались по поводу бесплодия, а выходили из него с новорож-



В. Корсак, Р. Фридман (Франция), С. Антинори (Италия), В. Локшин (Казахстан)



Участники Конференции по актуальным проблемам репродуктивной медицины «Израиль-СНГ», 25-26 апреля 2013 года, Тель-Авив

денными на руках. Т.е. мы могли установить причину бесплодия, осуществить лечение, вести беременность и принять роды.

Когда мы открывались, Верлинский прислал к нам американских эмбриологов и своего директора Аншину Маргариту Бениамина, которая была «мотором» проекта.

А наши врач и эмбриолог отправились стажироваться в Чикаго, соответственно на три и шесть месяцев. С самого начала работы отделения пациентам была гарантирована высококвалифицированная помощь. Частота наступления беременности в первый год работы возросла в 2 раза и продолжала повышаться ежегодно. Уже несколько лет половина обратившихся к нам пациенток получают долгожданную желанную беременность.

**КОГДА АМЕРИКАНСКИЕ
МЕДСЕСТРЫ УВИДЕЛИ
НАШЕ СТОЛЕТНЕЕ
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ КРЕСЛО,
У НИХ БЫЛО ОЩУЩЕНИЕ, ЧТО
ИХ ПРИВЕЛИ В ИСТОРИЧЕСКИЙ
МУЗЕЙ**

Но как только ситуация в стране поменялась и появилось государственное финансирование, терпеть частную компанию на территории Института чиновникам стало нелегко. Они предприняли все, чтобы выгнать Верлинского. Человека, который впервые вывел эту область в России на новый уровень, активно участвовал в создании ассоциации, устраивал ежегодные семинары, просто собирались убраться, а мы не за-

хотели продолжать там работать без него. Вскоре Юрия Верлинского не стало... Все, кто работал с ним, усвоили одну важную истину – учиться нужно не на пациентах, а у коллег. Пациенты сразу же должны лечиться у профессионалов.

О ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПРОГРАММАХ И МЕЖДУНАРОДНОМ ЦЕНТРЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

– Насколько, на Ваш взгляд, хороши федеральные и региональные программы? Что бы Вы хотели в них изменить?

– Первым о необходимости оплачивать лечение бесплодия с помощью ЭКО в 2007 году заявил Владимир Владимирович Путин. В 2008 году на форуме в Красноярске Дмитрий Анатольевич Медведев сказал, что бюджетные деньги – это деньги налогоплательщиков, в связи с чем наши граждане имеют право на выбор врача, медицинского учреждения и страховой компании вне зависимости от формы собственности и местонахождения. Сначала по федеральным квотам можно было лечиться только в федеральных учреждениях. Их в России было всего 15. Одиннадцать из них в Москве и Петербурге. Дальше Екатеринбурга ни одного федерального центра не было. Получалось, что вся Сибирь должна по квотам ехать в Москву. Наша специфика такова, что мы лечим амбулаторно, у пациента не нарушена трудоспособность, он не нуждается в освобождении от работы. Помимо

необходимости прервать работу, пациентам приходится потратить деньги на дорогу и проживание. Расходы супружеской пары с Дальнего Востока на лечение в Москве составляют не менее трехсот тысяч рублей. Если женщине выдается на период лечения больничный лист, то мужу такой возможности не предоставляют, даже если причина бесплодия у него. Бери отпуск, все за свой счет. Так что общие расходы семьи еще выше. А в то же время в Благовещенске такую же услугу, не уходя с работы, можно получить в частной клинике за сто тысяч рублей. Как покрыть расходы пациентов, проходящих лечение по месту жительства в частной клинике, пусть даже меньшие, государство долго не могло решить. В прошлом году впервые появилась возможность проводить ЭКО по ОМС, и тут же вводятся ограничения – только для трубного бесплодия. Это, конечно, неправильно. Ведь воспаление легких лечат и оплачивают вне зависимости от того, чем оно вызвано. Почему одну причину бесплодия можно преодолеть за счет страховки, а другую нет? Ответ находится вне области врачевания.

Или, например, мы получаем несколько эмбрионов, но переносим два. Два потому, что это наивысший шанс наступления беременности. Вопрос: что делать с остальными, если они нормально развиваются? Сегодня их следует заморозить, хранить и, если беременность не наступит, разморозить и перенести. Государство за криоконсервацию не платит. Почему? Считают, что пациенты сами должны платить. Хорошо. Но раз государство не поддерживает криоконсервацию, некоторые учреждения решают, что можно не заниматься сохранением эмбрионов. В этом случае деньги, потраченные на стимуляцию яичников, культивирование эмбрионов выкинуты на ветер. Потому что упущена возможность получить беременность без лекарств. Без новых достаточно больших трат. Частота наступления беременности при переносе размороженных эмбрионов на сегодняшний день составляет 30-35%. Криоконсервация должна поддерживаться и развиваться, она должна быть обязательной процедурой при наличии нормальных эмбрионов, оставшихся после переноса.

В 2013 году мы получили квоты на 98 пациентов по программе Санкт-Петербурга.

Сделали переносы эмбрионов 95 пациенткам, у 48 из них наступила беременность. То есть частота наступления беременности составила 50,5%.

А в 2012 году мы выиграли конкурс в Норильске. Из 25 женщин 23 сделали перенос эмбрионов, родилось 19 здоровых детей. Получилось, что город Норильск за рождение одного ребенка заплатил 150 тысяч рублей. Вот это эффективность! Но заслуга в этом успехе Норильских коллег не меньше, чем наша. Мы здесь выполнили свою работу, а они там смогли сохранить беременность, что было не легко потому, что многие ждали двойняшек. Тесное профессиональное сотрудничество наших и норильских врачей дало такой высокий результат. Есть статистические сведения одного из учреждений (молодцы, что этого не скрывали), которые

ЗА ЧЕСТЬ БЫТЬ
НАГРАЖДЕННЫМИ НУЖНО
ЗАПЛАТИТЬ НЕМАЛЫЕ ДЕНЬГИ.
МЫ В ТАКИЕ ИГРЫ НЕ ИГРАЕМ

провели 254 цикла, и только 7 беременностей наступило. Это было несколько лет назад. Сейчас у них есть уже результаты, но это за счет тех 254 человек, которые пришли с надеждой на успех, а их шансы в то время были меньше 3%. Вопрос государству: зачем на это было потрачено столько денег? Есть центры с громадным опытом. Почему людям ограничивают доступ к этим центрам? При том, что руководство утверждает: пациент сегодня имеет право выбора. Хотя, скажу вам, есть граждане, которые добиваются того, чтобы лечиться по государственным программам там, где им удобнее. Но для этого нужно либо иметь знакомства, которые помогут в отстаивании своих прав, либо твердое убеждение и характер. До 2007 года разговоров об этом вообще не было, а сейчас лед тронулся, но очень медленно.

– Международный центр репродуктивной медицины стал призером в 2009 году в номинации «Лучшая клиника ЭКО» и награжден премией «Хрустальная пробирка», как и Вы лично. Повод для гордости?

– Мы к этому конкурсу относимся скептически. К сожалению, организация этого конкур-

В ИТОГЕ ПОЛУЧИЛСЯ ЦЕНТР РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ, В КОТОРЫЙ ПРИХОДИЛИ С ПРОБЛЕМОЙ БЕСПЛОДИЯ, А УХОДИЛИ С НОВОРОЖДЕННЫМИ НА РУКАХ

са не дает объективной картины. Сейчас мы видим, что такие же премии и призы получают все, и даже иногда те, кто этого особо не заслуживает. Премия выдается по мнению пациентов. Собирается информация так: приходят организаторы, опрашивают уже находящихся в клинике пациентов, нравится ли им их врач и клиника. Но дело в том, что если пациент уже пришел сюда, сам выбрал врача, то, естественно, он ответит утвердительно. Сейчас мы уже отказываемся от подобных опросов. Так же как по три, четыре раза в год мы получаем приглашение на награждение, как наиболее успешная частная компания. Только за эту честь просят сначала заплатить немалые деньги в виде взноса. Мы приняли для себя решение, что в такие игры не играем. Для меня важнее результаты и удовлетворенность пациентов.

– Вы лично считаете МРЦМ лучшей клиникой вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в России?

– Понятие «лучший» складывается из множества составляющих. Важнейший критерий – это специалисты и результативность. Я горжусь тем, что уже много лет наш показатель около 50%. Нашу статистику проверяли неоднократно. У нас есть доказательства успешной работы. Уровень нашей помощи очень высок, и группа специалистов одна из лучших в стране. Наши специалисты уникальны тем, что все они подолгу работали в Чикаго, в Лос-Анджелесе, в Лондоне, на Кипре. Такой опыт общения с зарубежными коллегами и возможность видеть, как это организовано в тех странах, где репродуктивная медицина на высоком уровне, и позволили нам добиться выдающихся успехов. И в этой части, я уверен, мы лучшие. Не хватает пространства для большего числа пациентов, для создания более комфортных условий. Говорят, что у нас приятная атмосфера. Но для увеличения объема помощи мы нуждаемся в больших площадях. Не хочу называть точные сроки, но надеюсь, что в недалеком будущем мы станем новоселами. Тогда я, ско-

рее всего, смогу с уверенностью сказать, что наш центр – лучший.

– Назовите, пожалуйста, наиболее значимые, на Ваш взгляд, достижения вашего центра.

– Наша команда работает вместе более 20 лет с высокими результатами. На свет в семьях, обреченных на бездетность, появились тысячи детей. Впервые в СНГ и на постсоветском пространстве сотрудниками МЦРМ была получена первая беременность, закончившаяся родами в программе ИКСИ, первая беременность и роды в программе «суррогатное материнство», первый банк доноров яйцеклеток, первая беременность после преимплантационной диагностики талассемии, первая беременность при дисгенезии гонад (женщина с мужским кариотипом 46XY), первая беременность после переноса эмбрионов, полученных в результате оплодотворения размороженных ооцитов.

– А сколько детей появилось на свет благодаря Вашей клинике?

– Учитывая деятельность всех центров, в создании которых мы принимали участие, думаю не менее 20 тысяч детей.

– Вы сказали, что есть центры, которые Вы создали. Насколько мне известно, с Вашим участием открыты центры репродуктивной медицины в нескольких городах России, а также в Киеве, Минске и на Кипре? Расскажите подробнее.

– Да, мы участвовали в создании этих центров. Это был «проект вахтовых центров» Верлинского. Коллеги из регионов обращались с просьбой помочь. И поскольку тогда лечебная нагрузка у нас была небольшая, а штат полный, мы в течение многих лет отправляли наших эмбриологов и врачей для обучения специалистов в другие регионы и даже страны. Мы предоставляли им архитектурно-планировочный проект, а их учредители закупали в соответствии с нашей спецификацией оборудование. Далее присылали к нам в центр на подготовку своих спе-

циалистов. Их центр еще только формировался, а врач и эмбриолог уже учились у нас. Но Верлинский не создавал сети. После того как все было отлажено, такая клиника становилась самостоятельной. Единственное, что сегодня связывает их с нами – это школа Верлинского. Свои знания мы изложили в двух книгах – «Руководство по клинической эмбриологии. 2011 год» и «Руководство по вспомогательным репродуктивным технологиям для врачей и эмбриологов. Сделано в МЦРМ. 2008 год». Это настоящие «пошаговые» руководства, в которых подробно описаны все этапы работы. Когда мы писали эти книги, нам советовали не раскрывать всю «кухню». Но мы знаем – поварских книг с рецептами борща существует много, но борщи получаются у всех разные. Все дело в нюансах и, кроме книжных знаний, нужно еще поучиться у профессионалов, как следует работать, видеть и перенять «движения». Наше последнее детище из вахтовых программ – это отделение ВРТ в перинатальном центре в ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова».

– Материально-техническое оснащение в Вашем центре совершенно? Или чего-то не хватает?

– У нас есть все необходимое оборудование лучших зарубежных фирм. К сожалению, ничего нет вечного, и все новое со временем устаревает. Тем более быстро это происходит в мире высоких технологий. Мы все время делаем upgrade, покупаем и обновляем оборудование. На модернизацию тратим каждый год достаточно большие денежные средства.

СОВРЕМЕННЫЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЧЕЛОВЕКА

– Где бы Вы посоветовали проводить ЭКО – в России или за рубежом?

– Могу точно сказать, что за границу ехать не надо. Все, что есть там, есть здесь. А как

представитель своего центра я могу заявить с уверенностью, что уровень предоставляемых нами услуг выше многих зарубежных.

– Владислав Станиславович, Вы можете назвать основные факторы риска репродуктивного здоровья человека?

– Многое зависит от наследственности. Как раньше, когда не было контрацепции – у одной женщины ежегодно рождаются дети, уже десять, и опять беременность, а у другого два, три ребенка и все.

Очень сильно чадородные возможности женщины зависят от возраста. Беременность возможна в подростковом возрасте, репродуктивная функция начинает снижаться после тридцати пяти лет, после сорока шансы иметь беременность очень низкие, а в пятьдесят беременность редчайшая казуистика. В 40 лет наступает период, который называется поздний репродуктивный период. В этот период можно забеременеть, но лучше этого не делать, потому что после сорока возрастает шанс иметь больного хромосомными заболеваниями ребенка, в частности с синдромом Дауна. Если в 20 лет вероятность этого заболевания одна к восьмистам, то в 40 – одна к двадцати. Это происходит из-за старения яйцеклетки. В большинстве стран, которые оплачивают лечение бесплодия, для пациентов ставятся возрастные ограничения – до 39 лет. У нас в федеральных программах этого ограничения нет.

Есть еще одна особенность – организм женщины устроен так, что плодovitых в год оказывается только три месяца из двенадцати. У кого-то способность к зачатию высокая, у кого-то низкая. Диагноз «бесплодие» устанавливается только по одному признаку: если в течение года при регулярной половой жизни беременность не наступила. Когда я учился, этот критерий равнялся трем годам. Но теперь изменился ритм жизни, люди позднее принимают решение о том, что им пора иметь ребенка. Получается, что три года – это тот срок, который приближает женщину к возрасту с меньшей вероятностью наступления беременности. Поэтому критерий был сокращен до года, а у женщин старше 35 лет обследование по бесплодию следует начать уже через полгода.



слева: Д.Ли Симпсон (президент ASRM), Лана Речинская (RGI, Чикаго), В.С. Корсак, Анна Смирнова (ФертиМед, Москва), Анвер Кулиев (RGI, Чикаго), Бостон, октябрь 2013. Открытие конференции ASRM



В кулуарах. Конференция РАРЧ, Волгоград, 2012

До 35 лет нет статистических различий в шансах наступления беременности, после 35 лет они уже есть. За 20 лет практики у нас ни одна женщина после сорока трех лет не смогла иметь беременность со своими яйцеклетками. Мы говорим об этом и рекомендуем использовать донорские яйцеклетки.

– Соглашаются?

– Соглашаются, что делать. Мотивация на то, чтобы иметь беременность, очень велика.

– Имеются ли какие-нибудь программы профилактики бесплодия у мужчин и женщин? Что нужно делать или чего делать нельзя, если хочешь забеременеть и родить здорового ребенка?

– Про официальные организованные программы мне ничего не известно. Курение оказывает громадное негативное влияние на репродуктивные возможности женщины, это доказано. Никотиновая интоксикация – путь к бесплодию. Конечно, здоровый образ жизни, отсутствие беспорядочных связей – способы сохранения здоровья. Но в репродуктивных возможностях есть ряд особенностей. Сегодня женщины получили равные права с мужчинами. Они стремятся достигнуть нормальных условий жизни прежде, чем создать семью – получить образование, реализовать себя как личность, утвердиться материально. Все это требует времени. И чаще всего они добиваются поставленных целей

уже тогда, когда их репродуктивная функция начинает стремительно падать. Изменилось время, но не поменялась женская физиология. В шестидесятые годы и ранее женщине, впервые рожавшей в 24 года, ставился диагноз «старая первородящая». Теперь смягчи-

**ГОСУДАРСТВО
ЗА КРИОКОНСЕРВАЦИЮ
НЕ ПЛАТИТ. А ОНА ДОЛЖНА
ПОДДЕРЖИВАТЬСЯ
И РАЗВИВАТЬСЯ, СТАТЬ
ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ПРОЦЕДУРОЙ!**

ли этот термин на «первородящую старшего возраста» и повысили планку – до 28 лет. Но физиологически ничего не изменилось. Риски развития осложнений у таких женщин выше, чаще принимается решение о Кесаревом сечении. Показания к оперативному родоразрешению складываются из совокупности относительных показаний. Одним из таких показаний как раз и будет являться диагноз «первородящая старшего возраста». Итак, рожать все-таки лучше до 24-х лет, но многие ли это могут себе позволить?

В последние годы мы делаем отчет успешности наступления беременности по возрастным группам. В итоге получили результат – пациентки в возрасте до 30 лет имеют шанс наступления беременности в 80%, при среднем значении этого показателя для всех наших пациентов около 50%.

– Вы стояли у истоков репродуктивной медицины. Что сейчас есть такого в этой области, о чем раньше приходилось только мечтать?

– Когда к нам пришел Верлинский, директор Института им. Д.О. Отта, сказал, что если частота наступления беременности достигнет 10%, то он будет рад. Сегодня этот показатель означает, что специалисты работают плохо. Нормальным в наше время можно считать частоту наступления беременности в 40%.

– И все благодаря новым технологиям, которые появились за это время?

– Безусловно. В начале нашей работы среды для культивирования эмбрионов нам приходилось готовить самим. Для того чтобы сделать хорошую среду, мы возили чистую воду из Чикаго. Потому что для культуральных сред нужна сверхчистая вода без единой молекулы тяжелых металлов. А здесь никто не мог гарантировать такого качества. В первом из наших руководств, о котором я упоминал выше, описаны рецепты приготовления сред. Сейчас мы просто покупаем готовые среды у проверенных поставщиков.

Еще один важный прорыв – криоконсервация. Раньше все неперенесенные эмбрионы на шестые сутки погибали, а теперь появилась возможность их сохранять и в дальнейшем использовать. В последние годы стала возможна криоконсервация яйцеклеток. Наша группа была первой в России, у кого родились дети в результате оплодотворения размороженных яйцеклеток. Высокоэффективная технология сохранения яйцеклеток изменила программу донорства ооцитов. Еще недавно нужно было синхронизировать менструальные циклы пациентки и донора с тем, чтобы их физиологические процессы совпали и полученные эмбрионы могли быть вовремя перенесены будущей маме. Такая программа имеет массу организационных проблем. Теперь пациентки могут выбрать яйцеклетки в банке и не зависят от состояния донора.

– Сегодня Вы часто используете криоконсервацию эмбрионов?

– Да, эта процедура – неотъемлемая часть нашей работы. Иначе снижаются шансы пациентки на успех.

– Не хуже ли приживаются эмбрионы из размороженных яйцеклеток?

– Вероятность наступления беременности такая же, как и при переносе эмбрионов, полученных в результате оплодотворения «свежих» яйцеклеток. Наука стремительно продвинулась вперед в этом вопросе. У нас есть коллега Антонина Созонова, выпускница Первого Ленинградского медицинского института, которая эмигрировала в Швецию и там сделала успешную карьеру. Года два назад она мне рассказала, что в Швеции стало крайне популярным сохранение яйцеклеток. До молодых женщин дошла информация о том, что яйцеклетки стареют, и они ринулись сдавать их на хранение, пока не поздно, с тем чтобы в дальнейшем, когда сложится карьера и семья, их использовать с высокими шансами на здорового ребенка. Мы тоже сейчас предлагаем такую услугу. В России пока отклик на это предложение крайне невелик. Пример подала Алла Борисовна Пугачева, заморозив много лет назад свои яйцеклетки. Теперь она счастливая мать двух малышей, которые будут расти в замечательных условиях, с любящими родителями. А у молодого отца родились его собственные дети. Можно только порадоваться за них.

– Известно, что церковь против ЭКО. Говорят, что бесплодие – это Господнее испытание человеку. Вмешиваться в зарождение человека нельзя. Что Вы можете сказать по этому поводу?

– Сегодня бесплодие во всем мире признано болезнью. Оно включено в международный классификатор болезней. Болезни лечат врачи. Значит, борясь с этим страданием, мы выполняем свой врачебный долг. Наша работа базируется на знаниях и достижениях биологии, на научных фактах. Вмешательство наше, в общем, сводится к организации свидания мужской и женской половых клеток в условиях, в которых они сохраняют свою жизнеспособность и способны выполнять свою функцию. Мы можем в течение трех – пяти суток обеспечить развитие эмбриона и перенести его женщине. К наступлению беременности, строго говоря, мы имеем косвенное отношение. То, что мы делаем, точно описал в четырех строчках Игорь Губерман:



Члены рабочей группы ВОЗ, 2008. Слева направо: Ж. де Муазон (Франция), Л. Джинорони (Италия), К. Нигрен (Швеция), В. Корсак



Семинар для врачей, 2012

«Лучше нет на свете дела,
Чем плодить живую плоть;
Наше дело – сделать тело,
А душой – снабдит Господь.»
Бога мы не заменяем и на его роль не претендуем. Никогда не гарантируем и не можем гарантировать наступление беременности. Будет или нет ребенок? Вопрос не к нам.

– Что Вы можете сказать по поводу наделения эмбрионов правами человека?

– Тема наделения правами эмбриона будоражит депутатскую законотворческую активность. Эмбрион на стадии трех – пяти дней, пока он может развиваться вне организма матери – это несколько клеток. Обладает ли душой? Не установлено и даже, наоборот, есть обстоятельства, которые заставляют думать, что не обладает ею. Поскольку значительно позднее, уже после переноса матери, он может разделиться и на две, и даже на три части, из которых сформируется двойня или тройня. То, что каждый ребенок из многоплодной беременности обладает собственной душой, ни у кого из верующих не вызывает сомнения и споров. Значит, допустимо считать, что в период культивирования «в пробирке» эмбрион еще душой не обладает. Значит, еще не человек. Кому же давать права, а за правами и обязанности? Но, если так хочется сохранить клетки, то почему одномоментно и даже прежде всего не защитить права сперматозоидов? У них

есть головка, в которой содержится половина нужной для будущего человека генетической информации. Мало того, они живые, способны двигаться. Преодолевают на большой скорости гигантские для себя расстояния. Они умеют соревноваться, проникать и оплодотворять яйцеклетку. Почему их не защитить? (Улыбается)

– Что Вы можете сказать по поводу депутатской инициативы о запрещении суррогатного материнства?

– Депутат Госдумы заявила, что суррогатное материнство – это опасность для нации и человечества. На самом же деле, суррогатное материнство – это программа, которая имеет строгие медицинские показания, частный, достаточно редко встречающийся случай во врачебной практике. Циклы с суррогатными матерями составляют около 1,5% от всех выполняемых в нашей стране лечебных циклов ВРТ. Детей в этой программе ежегодно появляется не более трех сотен. Вряд ли от их рождения есть опасность многомиллионному государству.

Один служитель церкви даже провозгласил, что надо запретить крещение детей, рожденных суррогатной матерью. Если человек – творение Всевышнего, если душа – от Бога, если новорожденный – дитя безгрешное, то как может священник делать такие заявления? Как вообще могла идея наказания

В БОЛЬШИНСТВЕ СТРАН, КОТОРЫЕ ОПЛАЧИВАЮТ ЛЕЧЕНИЕ БЕСПЛОДИЯ, ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ СТАВЯТСЯ ВОЗРАСТНЫЕ ОГРАНИЧЕНИЯ – ДО 39 ЛЕТ. У НАС В ФЕДЕРАЛЬНЫХ ПРОГРАММАХ ЭТОГО ОГРАНИЧЕНИЯ НЕТ...

ребенка за то, что он родился, прийти в голову православному?

Если принять логику греха, то надо бы сурово наказывать родителей и женщин, выносивших ребенка! А невинное дитя с какой стати от церкви отлучать? А родителей за что карать? За то, что ребенок на свет появился?

А суррогатную мать за что наказывать? За то, что отказалась от генетически ей чужого ребенка? Так от собственных детей отказываются матери по всей стране. Отказ от своего родного ребенка – разве это не грех?

Почему тогда священники крестят детей, родившихся от одиноких женщин? Ведь с позиции церкви зачатие вне брака – грех! А таких детей десятки тысяч рождается ежегодно в нашей стране. Полагаю, что громкие заявления противников суррогатного материнства – это удобный случай для собственного пиара.

– Не было случаев, когда суррогатная мать отказывалась отдать родителям выношенного ею ребенка?

– Ни разу. В кино показывают, но в нашей практике такого не было.

– Были ли случаи со смертельным исходом при применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ)?

– За все 18 лет регистр ВРТ РАРЧ собрал сведения о более чем 340 000 проведенных лечебных циклов по всей России. Известно о трех смертях. В двух случаях причиной смерти был тяжелый синдром гиперстимуляции яичников. Одна женщина умерла на позднем сроке беременности от сердечной недостаточности. Страшная травма для всех. К счастью, риск таких осложнений ничтожно мал.

– Есть мнение, что дети из пробирки более импульсивные и часто болеют, что они не смогут впоследствии без помощи врачей стать родителями. Развеете эти слухи?

– Сегодня в мире благодаря ВРТ родилось более 5 миллионов детей. Интерес к детям «из пробирки» везде очень большой. Наиболее достоверными и полными сведениями

обладают Скандинавские страны. В Дании, Швеции, Норвегии, Финляндии ведутся электронные медицинские записи о каждом человеке по идентификационному номеру, присвоенному ему с рождения. Они имеют результаты двадцатилетних наблюдений за развитием и здоровьем нескольких сотен тысяч детей и, что важно, могут сравнивать полученные результаты с группами детей, родившихся при обычном зачатии. Существенных различий, которые стали бы показанием к запрету ЭКО, не обнаружено. Более того, установлено, что само по себе оплодотворение вне организма женщины не оказывает отрицательного влияния на здоровье детей. Проблемы некоторые в этой группе детей есть, но они обусловлены в первую очередь состоянием здоровья родителей и высокой частотой многоплодия. Дети из многоплодной беременности чаще недоношенные, меньшего веса, требуют больше ухода, заботы и внимания. Но поскольку они желанны и любимы, то все отклонения к концу первого года ликвидируются.

ГРОМКИЕ ЗАЯВЛЕНИЯ ПРОТИВНИКОВ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА – ВСЕГО ЛИШЬ УДОБНЫЙ СЛУЧАЙ ДЛЯ СОБСТВЕННОГО ПИАРА

Первый в мире ребенок «из пробирки» Луиза Браун, как и первый советский ребенок Лена Донцова, стали мамами без всяких проблем. Но сегодня установлено, что действительно, мальчики, родившиеся от отцов с некоторыми нарушениями в сперматогенезе, могут наследовать такую проблему. Об этом мы предупреждаем будущих родителей.

– Я слышала, что с помощью ЭКО можно избежать наследственных заболеваний?

– Правильнее сказать – с помощью преимплантационной генетической диагностики, которая стала возможной благодаря ЭКО. Во время лабораторного этапа специалисты могут наблюдать за яйцеклетками и эмбрионами. Можно также без причинения вреда эмбриону взять на исследование одну клетку, проанализировать набор хромосом и генов и, таким образом, диагностировать многие наследственные заболевания.



Так как диагноз при этом устанавливается до переноса эмбриона в полость матки, эти исследования называли «преимплантационная генетическая диагностика (ПГД)» – диагностика до прикрепления (имплантации) эмбриона к эндометрию, то есть до наступления беременности. Переносятся только здоровые эмбрионы. Внедрению ПГД в клиническую практику мир во многом обязан Юрию Верлинскому.

– Какой процент вспомогательных репродуктивных технологий занимает в вашей практике донорство?

– Около 10%. Донорство ооцитов растет, донорство спермы снижается (ИКСИ содействует).

– Каким должен быть донор? Главное, чтобы он физиологически был здоров? Или он проходит проверку по другим критериям также (умственные способности, психологическое состояние здоровья и другие)?

– Мы обычно сразу ставим условия – высшее или средне-специальное образование. Потому что если таких ограничений не делать, посыплется звонки без конца даже от тех, кто по-русски говорит с трудом. И, конечно,

ДОНОР ДОЛЖЕН ИМЕТЬ ВЫСШЕЕ ИЛИ СРЕДНЕ-СПЕЦИАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ, ИНАЧЕ ПОСЫПЛЮТСЯ ЗВОНКИ БЕЗ КОНЦА ДАЖЕ ОТ ТЕХ, КТО ПО-РУССКИ ГОВОРIT С ТРУДОМ...

донор должен пройти тщательное медицинское обследование. После последнего объявления, которое мы дали около месяца назад, было 300 звонков, 20 человек пригласили для знакомства, из них только один оказался годным для донорства.

– Как относиться к неудачной попытке ЭКО?

– Если беременность не наступила в первой попытке, это не означает, что положительный результат невозможен в будущем. Сегодня специалисты пришли к заключению, что о неудачном лечении можно говорить только после третьей безуспешной попытки ВРТ.

Следует принять во внимание особенности репродуктивной функции человека. Естественный отбор вмешивается в деторож-

ПОЧЕМУ БЫ ОДНОВРЕМЕННО С ЭМБРИОНАМИ НЕ НАДЕЛИТЬ ПРАВАМИ СПЕРМАТОЗОИДЫ? ОНИ ЖИВЫЕ, УМЕЮТ СОРЕВНОВАТЬСЯ, ПРОНИКАТЬ И ОПЛОДОТВОРЯТЬ ЯЙЦЕКЛЕТКУ...

дение на ранних этапах развития эмбриона – в первые дни и недели. Оплодотворение происходит в середине менструального цикла. Первые 5–6 дней эмбрион не имеет связи с материнским организмом (он перемещается в просвете маточной трубы в полость матки). Только на шестые – седьмые сутки он прикрепляется к эндометрию.

Остановка в развитии эмбриона на этом этапе, даже в процессе прикрепления эмбриона к стенке матки, никак не скажется на менструальном цикле.

В ШВЕЦИИ МОЛОДЫЕ ЖЕНЩИНЫ РИНУЛИСЬ СДАВАТЬ СВОИ ЯЙЦЕКЛЕТКИ НА ХРАНЕНИЕ, ЧТОБЫ В ДАЛЬНЕЙШЕМ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ИХ С ВЫСОКИМИ ШАНСАМИ НА РОЖДЕНИЕ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА. МЫ ТОЖЕ ПРЕДЛАГАЕМ ТАКУЮ УСЛУГУ, НО ОТКЛИК ПОКА КРАЙНЕ НЕВЕЛИК...

РОЖАТЬ ЛУЧШЕ ДО 24-Х ЛЕТ, НО МНОГИЕ ЛИ ЭТО МОГУТ СЕБЕ ПОЗВОЛИТЬ?

Месячные придут в ожидаемый срок или с небольшой задержкой. Таким образом, у женщин беременностей больше, чем они о них знают.

В программах ВРТ известен факт переноса эмбрионов. Ненаступление беременности – это психологическая травма и повод для переживания и отрицательных эмоций. Но следует помнить, что естественный отбор остановил развитие дефектного эмбриона. Так природа избавила нас от более тяжелых страданий и проблем, связанных с рождением больного ребенка. Поэтому не стоит сильно переживать. Правильно надеяться на лучшее в будущем.

– Какова возможность попасть на консультацию и на лечение именно к Владиславу Станиславовичу Корсаку?

– На консультацию попасть легко – по предварительной записи в нашем центре. А что

касается того, чтобы лично я занимался всем процессом, то в этом нет необходимости. Мои сотрудники владеют технологией лучше, чем я сам. Но есть ситуации, в которых нужно принимать стратегические решения. Здесь я буду полезен, и, несомненно, мой жизненный и профессиональный опыт поможет сделать правильный выбор. Со мной коллеги консультируются по всем сложным вопросам. Обычно проблемные ситуации мы обсуждаем и выбираем вместе наилучший путь для их разрешения.

– В конце этого года у Вас тоже юбилей. Вы многого достигли. В 2010 году были включены в «Золотой фонд врачей Северо-Запада России». Что бы Вам хотелось пожелать самому себе?

– Пусть все вокруг будут здоровы и все мечты сбудутся! Я с удовольствием езжу на работу. Это моя жизнь. Это мое большое счастье.



XXIV международная конференция Репродуктивные технологии сегодня и завтра



Даты проведения:

3 – 6 сентября 2014 года

Место проведения:

г. Ярославль

Концертно-зрелищный центр
«Миллениум»

Которосльская набережная, 56

Организаторы:

Российская Ассоциация Репродукции Человека

Журнал «Проблемы репродукции»

Конгресс-оператор «СТО Ивентс»

При поддержке Правительства Ярославской области и Ярославского Конвеншн Бюро

Подробная информация на сайте РАРЧ www.rahr.ru

РЕКЛАМА