Репродуктивное здоровье многодетной женщины. Медико-социальные аспекты

К.м.н., зам. дир. С.М. ГАДЖИМУРАДОВА

The reproductive health of a woman having many children: Sociomedical aspects

S.M. GADZHIMURADOVA

Дагестанский научный центр РАМН при Правительстве Республики Дагестан

В статье подчеркнуто, что в существующих социально-экономических условиях состояние репродуктивного здоровья населения остается одной из наиболее острых медико-социальных проблем, являясь фактором национальной безопасности. На фоне тотальной депопуляции, охватившей практически все регионы России, Республика Дагестан, в которой преобладают многодетные семьи, сохраняет положительный прирост населения. Однако говорить о позитивной сложившейся ситуации в Дагестане очень сложно. Увеличилось число медицинских абортов и бездетных браков, сокращается число зарегистрированных браков. Важнейшие приоритетные медико-социальные проблемы Дагестана призвана решить комплексная научная региональная программа «Здоровье семьи», центральное место в которой занимает изучение здоровья многодетной семьи.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, многорожавшая женщина, медико-социальные проблемы.

The paper emphasizes that under the existing socioeconomic conditions, the population's reproductive health remains one of the acutest sociomedical problems and a factor of national security. With general depopulation covering virtually all regions of Russia, the Republic of Dagestan with a preponderance of large families retains positive population increase. However, it is very difficult to say that the existing situation in Dagestan is positive. There has been an increase in the number of medical abortions and barren marriages and a reduction in those of registered marriages. The complex research regional program "Family Health", in which the studies of the health of a family having many children hold a central position, is to accomplish the most important priorities of the sociomedical problem of Dagestan.

Key words: reproductive health, multiparous women, sociomedical problems.

Охрана репродуктивного здоровья населения является одной из важнейших проблем всех цивилизованных стран мира, так как непосредственно связана со здоровьем будущих поколений, сохранением генофонда нации, прогрессивным развитием общества. В существующих социально-экономических условиях состояние репродуктивного здоровья населения остается одной из наиболее острых медико-социальных проблем, являясь фактором национальной безопасности. Поэтому вопрос об охране репродуктивного здоровья не только актуален на сегодняшний день, но и является жизненно необходимым компонентом для развития любого государства в мировом сообществе.

Репродуктивное здоровье занимает центральное место в общем здоровье — оно не только отражает здоровье в детстве, но является основой для здоровья как женщин, так и мужчин по окончании репродуктивного периода.

Во многих странах мира репродуктивный период включает возраст от 15 до 49 лет. Однако «охрана репродуктивного здоровья должна обеспечиваться на протяжении всей жизни каждого человека, и она должна согласовываться с наивысшими возможными этическими и техническими нормами» [14].

С учетом медико-социального характера данной проблемы становится очевидным, что решение ее возможно лишь на государственном уровне, при активной поддержке политиков и различных общественных структур, при соблюдении прав женщин на охрану репродуктивного здоровья. Последние законодательно закреплены в международном и национальных документах по правам человека и неоднократно подтверждались на крупнейших международных форумах. Большую роль в повышении статуса женщин в обществе и признании за ними особых прав на охрану репродуктивного здоровья сыграли Международная конференция по вопросам народонаселения и развития (Каир, 1994 г.) и 4-я Всемирная конференция по положению женщин (Пекин, 1995 г.). На каждой конференции была разработана «Программа действий по реализации прав женщин, обеспечивающих сохранение сексуального и репродуктивного здоровья путем организации более доступной и недорогостоящей первичной медико-санитарной помощи» высокого качества, включая службу планирования семьи, дородовой и перинатальной помощи. При этом особое внимание было уделено службам родовспоможения и оказания неотложной акушерской помощи, что является одной из стратегически важных задач.

Все более растет осознание истинного бремени плохого репродуктивного здоровья, связанного с инфекциями репродуктивного тракта, особенно с болезнями, передаваемыми половым путем, включая СПИД, и насилием против

© С.М. Гаджимурадова, 2011

e-mail: rfoms-dagestan51@mail.ru

женщин [16]. Такое осознание привело к переоценке характера и составных элементов репродуктивного здоровья.

Составными элементами репродуктивного здоровья являются сохранение здоровья детей и подростков, безопасная половая жизнь, доступ к эффективным, приемлемым методам регулирования рождаемости, возможность безопасного вынашивания и рождения здорового младенца, профилактика и своевременное лечение инфекций, передаваемых половым путем, злокачественных новообразований и других заболеваний репродуктивной системы, а также благополучное течение периода климактерия.

Охрана репродуктивного здоровья — это система мер, обеспечивающая формирование ответственного и безопасного сексуального поведения, помощь в планировании семьи, профилактика абортов и лечение заболеваний репродуктивной сферы, защита от болезней, передаваемых половым путем, предупреждение материнской и младенческой смертности.

Как показали многочисленные исследования последних лет, каждое государство обеспечивает в определенной мере право своих граждан на здоровье и охрану этого здоровья, однако обеспечение этого права в разных странах различно и в основном зависит от уровня политической, экономической ситуации в этих странах, в первую очередь, от отношения государства к своим гражданам.

В Дагестане вопросы охраны здоровья населения занимают прочное место в политике. Республика Дагестан — удачная модель для исследования многочисленных аспектов демографических явлений: здесь живут множество различных народностей и национальностей, имеет место разнородность физико-географических и климатических условий; сохраняются традиции и определенный уклад жизни; своеобразие в размещении населения и другие особенности.

Значимость таких проблем, как рождаемость, смертность, средняя продолжительность жизни, структура и тенденции в динамике численности населения, очевидна. Известно, что в экономически развитых странах наблюдаются замедление воспроизводства населения, низкие показатели рождаемости, общей и младенческой смертности, высокие показатели средней продолжительности жизни. В России сложилась неблагоприятная обстановка. Ухудшились все медико-демографические показатели. Выход из демографического кризиса в России в целом и в регионах, в частности, и дальнейшее поступательное развитие общества возможны только при комплексном подходе, а именно: при стимулировании роста рождаемости или, по крайней мере, ее стабилизации, уменьшении смертности, рассмотрении человеческой жизни как самой главной ценности государства, в соответствии с чем и было принято решение по разработке концепции демографического развития РФ на период до 2015 г., предлагающей разработку и реализацию мероприятий, в том числе региональных целевых программ, направленных на решение основных задач, сформулированных в концепции. Такого рода концептуальные документы, а также Целевые программы «Здоровье семьи» и «Материнский капитал» и «Планы первоочередных мероприятий» по их реализации разработаны и приняты в 32 регионах России, в том числе и в Республике Дагестан.

При изучении демографических процессов актуальным становится выявление региональных особенностей как слагаемых, из которых формируется общегосударственная ситуация.

Тенденция к снижению рождаемости наметилась еще в начале XX века, но в то время рождаемость была еще достаточно высокой (45‰; в 2007 г. — 10,4‰) и в России преобладали относительно многодетные семьи. Глубокие социально-экономические потрясения, которые пережила Россия в XX веке, не могли не отразиться на процессах воспроизводства населения и привели к значительному сокращению рождаемости и формированию семьи нового типа, ориентированной на малодетность [9].

Рост уровня образования и культуры, широкое вовлечение женщин в общественное производство, распространение медицинских знаний, доступность эффективных контрацептивов приводит к изменению демографического поведения населения.

В 1998 г. в демографических процессах России наметились определенные позитивные сдвиги: впервые с 1986 г. наблюдалось как увеличение числа родившихся, так и снижение числа умерших, что способствовало дальнейшему сокращению естественной убыли населения.

Однако в целом перемены не были столь значительны, чтобы можно было говорить о тенденции к улучшению демографической ситуации. При этом следует отметить некоторые положительные факты: продолжает снижаться младенческая смертность. После небольшого подъема в 1991—1993 гг. (17,8—19,9 на 1000 родившихся) в течение последнего десятилетия наблюдалось постепенное снижение показателя, который в 1988 г. равнялся в целом по России 16,5 (в 2009 г. — 12,4), хотя в отдельных регионах достигал высокого уровня (37,3 в Ингушетии), в Дагестане — 19,4.

Соответственно снижению младенческой смертности отмечается положительная динамика и перинатальной смертности, включающей мертворождаемость и потери новорожденных на первой неделе жизни. Перинатальная смертность является очень важным медико-демографическим показателем, отражающим здоровье населения, качество медицинской помощи и влияние меняющихся условий жизни: экономических, экологических, социально-гигиенических, медико-организационных. Достаточно отметить, что потери человеческих жизней в перинатальном периоде больше числа умерших в последующие 20—30 лет жизни.

По данным ВОЗ [21] и ряда авторов, перинатальная смертность в странах мира колеблется от 7 до 50 на 1000 родившихся живыми и мертвыми и не имеет выраженной тенденции к снижению. В странах с низким уровнем жизни она во много раз выше, чем в экономически развитых. Так, перинатальная смертность в Японии составляет 8,3—8,7‰, а в США в течение ряда лет не превышает 9,3‰, тогда как в развивающихся странах Африки, Азии, Ближнего Востока она выше 40,5‰.

В России перинатальная смертность составила 7,8 в 2009 г. на 1000 родившихся живыми и мертвыми. Две трети случаев смерти новорожденных приходится на состояния перинатального периода, т.е. на заболевания, тесно связанные с репродуктивным здоровьем матери. Они составляют 42,4% и вместе с врожденными аномалиями являются преобладающими в структуре младенческой смертности, хотя довольно существенна доля болезней органов дыхания (12,4%), инфекционных и паразитарных болезней (6,3%). Смертность детей 1-го года жизни в России в 2—4 раза выше, чем в других экономически развитых странах [1, 12].

Фактически в России сформировался новый тип репродуктивного поведения, для которого характерна по-

требность в рождении 1—2 детей. По данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения, проведенного в 1995 г., 77% замужних женщин в возрасте от 20 до 49 лет не хотели больше иметь детей. В основном это относилось к женщинам, имевшим одного (61%) ребенка или 2 (94%) детей [4, 8].

На ситуацию с рождаемостью оказывают неблагоприятное влияние соотношение процессов заключения браков и разводов: если в течение 80-х годов прошлого века число заключенных браков в России в 2 раза превышало число разводов, то в 90-х годах происходило обратное явление — неуклонное снижение числа бракосочетаний и рост показателей разводов.

Рождаемость в России с учетом данных 1997 г. стала несколько ниже, чем в скандинавских странах, государствах Северной Америки и Японии, но выше, чем в Италии, Германии, некоторых странах Юго-Восточной Азии [17].

Одной из особенностей рождаемости в России является рост внебрачной рождаемости. Ежегодно в стране рождается около 300 тыс. детей вне брака. В 1990 г. доля внебрачных рождений составляла 14,6% от общего числа родившихся, а в 1998 г. она увеличилась до 27%. Интенсивно растет число внебрачных детей у несовершеннолетних: в 1998 г. было зарегистрировано 25,8 тыс. таких новорожденных (3,3 тыс. — у матерей в возрасте 15 лет и менее, 7,3 тыс. — у 16-летних и 15,2 тыс. — у 17-летних).

На фоне тотальной депопуляции, охватившей практически все регионы Российской Федерации, Республика Дагестан, одна из четырех регионов, сохраняет положительный прирост. Несмотря на позитивную динамику показателей воспроизводства населения за последний 2009 г. в сравнении с 2006 г., все же в республике сохраняется довольно значительный удельный вес малодетных семей.

По состоянию на январь 2010 г. численность населения Республики Дагестан (РД) составила 2 737 313 человек, из которых 42,4% — жители городов и рабочих поселков городского типа; 57,6% — сельские жители (большинство из них проживают в отдаленных предгорных и горных труднодоступных населенных пунктах) [22].

Сравнительный анализ медико-демографических показателей — только за один прошедший год, проведенный нами при изучении многодетных семей, выявил заметные перемены. Так, например, удельный вес малодетных семей заметно сократился с 52,3% в 2006 г. до 45,5% в 2007 г. (по РФ <80%).

В 2010 г. общая смертность по Республике Дагестан в расчете на 1000 человек составила 5,9 (в РФ — 14,2 в 2009 г.) против 5,5 в 2005 г. Низкий уровень смертности, как мы полагаем, больше свидетельствует о погрешностях регистрации.

Коэффициент рождаемости в 2010 г. составил 19,4 (в РФ — 12,4) против 15,6 в 2005 г. Среди родившихся детей наибольший удельный вес (более 37%) составляют первенцы. Показатель естественного прироста населения Республики Дагестан составил 13,4 (в РФ — –1,8 в 2009 г.) против 10,1 в 2005 г.

Несмотря на приведенные данные, говорить о позитивно сложившейся ситуации в республике очень сложно. По всей вероятности, отмечаемый всплеск рождаемости явился реакцией на активную позицию государства по поддержке материнства и детства, проявляющуюся в значительном росте затрат на социальную сферу, стимулирующую рождаемости, отраженную в Законе «О материнском капитале».

Одним из важных показателей воспроизводства населения является суммарный коэффициент рождаемости (СКР) или среднее число детей, рожденных одной женщиной за свою жизнь. Для простого воспроизводства населения необходимо, чтобы на 1 женщину приходилось 2,1 рождения. В связи с тем что уровень рождаемости в Республике Дагестан превышает общероссийский (особенно в 2007 г.), цифры СКР ниже требуемого порога или равны ему (2,1) стали регистрироваться значительно позже, чем по РФ в целом (в РФ — с 1991 г.; в РД — с 1996 г.). Таким образом, в течение последнего десятилетия (за исключением 2004—2010 гг.) на 1 женщину за всю ее жизнь в Республике Дагестан приходилось 1,9—2,8 рождения, что свидетельствует о рождаемости, достаточной для замещения поколения родителей их детьми.

Репродуктивное право на регулируемую рождаемость за последние десятилетия привело к росту числа бездетных браков, процент которых неуклонно повышается, что особенно прискорбно; все чаще и чаще причиной их становятся не пороки развития, не воспалительные заболевания, а аборты — установки на бездетность, являющиеся серьезной угрозой национальным интересам. Данные тенденции, безусловно, свидетельствуют об усиливающемся демографическом неблагополучии, способствуя росту искусственного брачного бесплодия. Подобные установки меньше всего зависят от популярных причин, таких как дефицит бюджета, жилищный вопрос, отсутствие социальных гарантий и т.д. На передний план выступают интересы карьеры, нежелание супружеских пар обременять себя заботами о воспитании детей.

Таким образом, снижение рождаемости может быть вызвано не столько ограниченным числом брачных пар, низкой частотой заключения браков, сколько самими установками на бездетность. Это сказывается на воспроизводстве населения, снижении рождаемости. К сожалению, данные супружеские пары неуправляемы, т.е. никакие социальные пакеты, целевые государственные программы по поддержке семей практически не будут иметь должных последствий. Изучение количественной динамики браков, разводов, брачной плодовитости позволяет определить перспективу дальнейших изменений в численности населения.

Темпы рождаемости зависят от двух компонентов: коэффициентов брачности и разводимости. Коэффициент брачности в расчете на 1000 населения снизился в РД с 10,3% в 2001 г. до 5,6% в 2007 г. Сокращение числа зарегистрированных браков отмечается почти во всех городах и районах республики.

За последние годы продолжает сохраняться тенденция к сокращению числа разводов, хотя в расчете на 1000 человек населения коэффициент разводимости не изменился, составляя 1,1%. Среди распавшихся семейных пар более 60% имели детей. Наибольшее число разводов совершается в возрасте 25—34 лет, т.е. в наиболее активном фертильном периоде. Падению рождаемости способствуют дальнейшая дестабилизация «института семьи», уменьшение количества браков и рост числа разводов, бесплодие, а также ухудшение репродуктивного здоровья женщин старшей возрастной группы.

Применение методов и средств контрацепции и производство искусственных абортов является не чем иным, как методом реализации репродуктивных планов семьи. В

условиях, когда репродуктивные установки направлены на достижение малодетности и когда население лишено возможности эффективно предохраняться от наступления нежелательных беременностей, высокий уровень искусственного прерывания беременности неизбежен. Предпочтение использования контрацептивных препаратов за последние 5 лет в целом по России снизило частоту артифициальных абортов с 50,5 на 1000 женщин детородного возраста до 45,5 (на 1000 родов частота абортов сократилась с 156,2 до 128). В Дагестане — иная тенденция, т.е. отмечается рост показателей частоты артифициальных абортов: с 18,2 на 1000 женщин детородного возраста до 19,4. Несмотря на некоторый рост показателей, все же частота абортов в Республике Дагестан заметно уступает их уровню в РФ. Будучи одним из наиболее популярных среди женщин методов регулирования рождаемости, аборт существенно влияет на исходы последующих беременностей. Максимальное число абортов приходится на наиболее активный фертильный период (20—29 лет). Среди умерших от абортов более $^1/_4$ женщин умирают в возрасте до 25 лет [6, 8, 12, 15, 22].

До сих пор аборт остается одним из методов регулирования рождаемости: в Дагестане из каждых 10 беременностей 7 заканчиваются абортом. В результате в республике около 20% супружеских пар не могут иметь детей. Реализацию программы безопасного аборта ряд авторов видят в создании клиники для производства абортов, отвечающей современным требованиям, и проведении реабилитационных мероприятий после аборта [4, 6].

Медико-демографические процессы имеют крайне неблагоприятные для будущего нашей нации сочетания: низкую рождаемость, высокую смертность, рост числа разводов и сокращение числа браков, увеличение внебрачной рождаемости. Все это убедительно подтверждает пессимистические прогнозы многих ученых в отношении дальнейшего снижения численности населения в России за счет его естественной убыли. Создавшийся уровень рождаемости уже определил серьезный «провал» в возрастной структуре населения. Падение рождаемости в 1988—1997 гг. неизбежно приводит к сокращению численности подростков в 2006—2013 гг. По демографическим прогнозам, численность населения будет уменьшаться, по крайней мере, до середины текущего столетия [19].

Анализ отечественных и зарубежных источников показал, что в мире задачи службы охраны репродуктивного здоровья реализуются на программной основе. Такой подход позволяет сосредоточить материальные и финансовые ресурсы на решении наиболее острых проблем материнства и детства [13].

Например, заслуживают внимание программы в области охраны репродуктивного здоровья, осуществленные в России. Так, по данным ряда авторов, федеральные программы являются одним из важных механизмов реализации стратегии охраны материнства и детства. Особое место занимает в России Президентская программа «Дети России». Реализация программ «Безопасное материнство» и «Планирование семьи», на выполнение которых было направлено 36,9 млрд рублей, за короткий срок (4 года) позволила снизить число абортов в России на 29%, создать службы «Планирование семьи» (функционируют 300 центров ПС и репродукции), получили развитие 60 перинатальных центров. Удалось достичь значительной экономии финансовых средств за счет сокращения коек для производства абортов (на 3,5 тыс.) [1, 7, 13, 18].

Учитывая глобальность проблемы, Дагестанским научным медицинским центром при правительстве РД разработана межведомственная республиканская программа, основной целью которой является улучшение медико-демографической ситуации как ведущего показателя здоровья нации, в том числе репродуктивного здоровья.

Репродуктивное здоровье — это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов (ВОЗ, 1994 г.). Репродуктивное здоровье — довольно емкое понятие, подразумевающее склонность людей к репродукции, регуляции своей фертильности, безопасным сексуальным отношениям, приносящим радость. Репродукция подразумевает также «безопасное материнство», благополучный исход периода младенчества, т.е. рост и нормальное развитие ребенка в этот период.

Понятно, что в условиях экономической и политической нестабильности, а тем более глубокого социально-экономического кризиса, когда «благополучие» резко нарушается и уровень жизни большинства людей катастрофически падает, существенно страдает здоровье населения. Прежде всего это касается женщин и детей как наиболее чувствительной части общества. Не случайно показатели, характеризующие состояние здоровья женщины-матери и ее потомства, называют барометром социально-экономического развития общества и качества оказания медицинской помощи [3, 7, 15, 23].

В Дагестане существенно возросла распространенность болезней крови и кроветворных органов (в 2 раза), болезней мочеполовой системы (в 3 раза), болезней эндокринной системы (в 4 раза). По данным Госкомстата Дагестана, за период 2000—2009 гг. продолжало увеличиваться количество гинекологических заболеваний. Наибольший удельный вес в структуре онкологической патологии у женщин имеют злокачественные новообразования органов репродуктивной системы (более 35,5%), а злокачественные новообразования молочной железы (18,9%) являются ведущей онкопатологией женщин. За последние 10 лет отмечается интенсивный рост заболеваемости женщин раком молочной железы, о чем свидетельствует увеличение этого показателя с 21,7 до 30,8 на 100 000 населения в 2010 г. в Дагестане.

Неблагоприятные тенденции в сохранении здоровья женщин сохраняются также по отношению к социально значимым заболеваниям, во многом связанным с уровнем и образом жизни. К их числу относятся туберкулез, сифилис, алкоголизм, наркомания.

Заболеваемость туберкулезом среди женщин увеличилась на 55%, а число всех больных туберкулезом составило в 2004 г. 61,5 на 100 000 населения, в 2009 г. — 54,7. В 13 регионах России этот показатель превысил средний по стране в 1,5—2 раза.

Особую опасность для репродуктивного здоровья женщин представляют инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), включая ВИЧ/СПИД. Рост числа этих инфекций вызывает большую тревогу во всем мире. По данным ВОЗ, каждый год регистрируются в среднем около 300 млн случаев ИППП, из которых наиболее распространенными являются трихомониаз и хламидиоз. В России и странах СНГ закономерно наблюдается высокая заболеваемость ИППП, особенно сифилисом и гонореей [5, 24].

Ухудшение здоровья женщин в целом привело к тому, что за последнее десятилетие значительно сократилось

число здоровых женщин репродуктивного возраста, которое, по данным ряда авторов, колеблется от 15—18 до 20—25%. Отчетливо ухудшилось здоровье беременных женщин. Современная женщина на начало беременности уже отягощена различными экстрагенитальными заболеваниями. По данным Минздрава РФ и РД, значительно возросла распространенность почечной (в 1,83 раза) и сердечно-сосудистой патологии (в 1,74 раза), дисфункции щитовидной железы (в 3,5 раза), что неблагоприятно отразилось на течении беременности и родов. Увеличилось число случаев гестозов (в 1,65 раза), преэклампсии (в 3,2 раза), эклампсии (в 4,5 раза). Число нормальных родов снизилось с 55,8 до 31,6%. Участились такие осложнения родов и послеродового периода, как кровотечения, аномалии родовой деятельности, сепсис. По данным Е.И. Шараповой, осложнения беременности и родов на многих территориях вошли в число шести ведущих причин смертности женщин раннего репродуктивного возраста [2—4, 22].

Ослабление соматического и репродуктивного здоровья матери неблагоприятно влияет на потомство, ибо, как известно, здоровье новорожденного отражает благополучие антенатального развития плода и течения родов, что во многом определяется состоянием соматического, психического и репродуктивного здоровья женщины.

Наблюдается рост числа осложнений беременности и родов. Невынашивание беременности, задержка внутриутробного развития обусловили увеличение числа рождений больных детей, с низкими адаптационными возможностями, большой вероятностью возникновения заболеваний и смертных исходов. Каждый третий новорожденный имеет те или иные отклонения в состоянии здоровья, растет число рождений недоношенных и незрелых детей [10—12, 18, 20, 22].

Международная федерация планирования семьи определила 12 сексуальных и репродуктивных прав, в равной степени важных, среди которых особенно актуальны для Республики Дагестан следующие: право на жизнь, право на информацию и образование и право на медицинскую помощь и охрану репродуктивного здоровья [14, 17].

Семья во все времена при любом социальном строе является основой общества. В советское время позитивные демографические сдвиги имели место и в Дагестане — снижалась смертность, повышалась рождаемость и естественный прирост населения [22]. Дагестан характеризуется прогрессивным типом населения — рождаемость превалирует над смертностью. На 400 000 семей приходится до 30% многодетных.

Изучение здоровья семьи приобретает особую значимость в реализации Национального проекта в сфере здравоохранения и в объявленный руководством страны «Год семьи». Дагестанский научный медицинский центр при Правительстве РД по контракту с Министерством здравоохранения РД выполняет научную программу «Здоровье семьи». Цель программы — разработка научно обоснованной системы медико-социальных мероприятий по укреплению здоровья семьи, снижению заболеваемости и рождению здорового потомства. Настоящая комплексная научная региональная программа не имеет аналогов в стране и является четвертым этапом в научном обеспечении решения важнейших приоритетных медико-социальных проблем Дагестана. Предыдущие три программы: «Здоровое потомство — будущее нации», «Медицинская наука — здравоохранению региона» и «Здоровье подростков региона» получили высокую государственную и научно-общественную оценку. Центральное место в научной программе занимает изучение здоровья многодетной семьи, что характерно для Дагестана.

«Мы должны поднять престиж многодетной семьи, возродить семейные ценности, снизить уровень смертности, увеличить продолжительность жизни людей, преодолеть демографический спад» [19].

ЛИТЕРАТУРА

1 *Аккузина О.П.* Роль службы планирования семьи в сохранении репродуктивного здоровья населения в условиях реформирования здравоохранения (на примере Саратовской области): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 2000; 22.

2. *Альбицкий В.Ю., Юсупова А.Н., Шарапова Е.И., Волков И.М.* Репродуктивное здоровье и поведение женщин в России. М 2001; 247.

3. *Баранов А.Н., Санникова А.Л., Банникова Р.В.* Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья женщин. Архангельск: изд-во АГМА 1997; 177.

4. *Бодрова В.В.* Исследование репродуктивного здоровья российских женщин и его результаты (опрос 1996 г., предварительный отчет). Конф. «Охрана репродуктивного здоровья женщин: новые подходы к планированию семьи в России». М 1997; 10—21.

5. Болезни, передаваемые половым путем, и репродуктивное здоровье. Матер. МФПС. «Планирование семьи» 1998; 2: 19—21.

6. *Борисов В., Синельников А., Архангельский В.* Мнения экспертов об абортах в России. Выбор. Репродуктивное здоровье и планирование семьи в Европе 1998; 6—10.

7. *Ваганов Н.Н., Зелинская Д.И., Гаврилова Л.В.* О федеральной целевой программе «Безопасное материнство» (1994—1996). Рос вестн перинатол и педиатр 1994; 4: 2—7.

8. *Васильева Т.П., Куценко Г.И., Посисеева Л.В.* Управление качеством воспроизводства населения (теоретические и медико-социальные аспекты). Иваново 2001; 299.

9. *Гаврилова Л.В.* Репродуктивное поведение населения Российской Федерации в современных условиях. М: МЕДпресс 2000; 160.

10. *Гребешева И.И., Камсюк Л.Г.* Репродуктивное здоровье населения России. Планирование семьи 2000; 3—4: 3—9.

11. *Гринина О.В., Черепанова И.С.* Комплексная социально-гигиеническая характеристика многодетных семей крупного города. Здравоохранение 1986; 29: 3—4: 215—223.

12. *Даутова Л.А., Кулавский В.А.* Оценка медико-социальных факторов риска репродуктивных потерь. Матер. 6-го Рос. форума «Мать и Дитя». М 2004; 608—609.

13. Здоровье нации — основа процветания России. Матер. 2-го Всерос. форума: Проекты резолюций. М 2006; 32.

14. *Каткова И.П., Ермаков С.П., Андрюшина Е.В., Бойко Ю.П.* Современные проблемы охраны репродуктивного здоровья

и репродуктивных прав женщин. Под ред. И.П. Катковой. М: Изд-во РУДН 2002; 87.

15. *Кулаков В.И.* Роль охраны репродуктивного здоровья населения России в решении демографических проблем. Врач 2006; 9: 3—5.
16. *Лакшин В.Н., Петренко А.А., Арефьева Н.Е.* Влияние заболеваний репродуктивной системы на качество жизни женщин. Рос вестн акуш-гин 2005; 5: 1: 14—18.
17. МКНР о репродуктивном здоровье и репродуктивных правах. «Народонаселение мира». 1997. Нью-Йорк: Фонд ООН в области народонаселения. 1997; 6.
18. *Пахомов С.П.* Региональные особенности репродуктивного здоровья женщин: Факторы, способствующие их формированию: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 2006; 39.
19. Распоряжение Правительства РФ от 24.09.2001 г. № 1270-р «О концепции демографического развития РФ на период до 2015 года» 2001; 7.
20. Служба охраны здоровья матери и ребенка в 2001 году. Министерство здравоохранения Российской Федерации. М 2002; 83.
21. Стратегический План действий по охране женщин в Европе. Одобрен на совещании ВОЗ, Копенгаген, 5—7 февраля 2001 г. Европейское бюро ВОЗ. Копенгаген 2002; 53.
22. Состояние здоровья населения Республики Дагестан в 2006, 2007, 2008 гг. Махачкала: Министерство здравоохранения Республики Дагестан 2007; 2008; 2009; 266; 314; 316.
23. *Фролова О.Г., Николаева Е.И., Рябинкина И.Н.* Организация первичной акушерско-гинекологической помощи в условиях реформирования здравоохранения. Акуш и гин 2007; 3: 59—60.