

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«Научно- исследовательский Центр курортологии
и реабилитации
Федерального медико- биологического Агентства России
(ОГРН 1022302836093)**

Библиотечная серия: «МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТОЛОГИЯ»

Раздел: «ИНФОРМАЦИОННЫЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ»

На правах рукописи

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

ФИЛИПОВ Е.Ф., ШИПКОВ Н.А.

**Комплексное взаимовлияние факторов социального
неблагополучия на диссеминацию случаев
относительного бесплодия у женщин.**

СОЧИ -2009

Настоящее информационное письмо выполнено в клиническом отделе изучения влияния природных и преформированных физических лечебных курортных факторов на организм человека Федерального государственного учреждения «Научно-исследовательский Центр курортологии и реабилитации (г. Сочи) Черноморского зонального управления специализированных санаториев Федерального медико-биологического Агентства Российской Федерации. (ОГРН 1022302836093).

УТВЕРЖДЕНО РЕШЕНИЕМ НАУЧНО- МЕТОДИЧЕСКОЙ КОМИССИИ
ФГУ «Научно-исследовательский Центр курортологии и реабилитации (г. Сочи)
Черноморского зонального управления специализированных санаториев ФМБА России
(протокол № 30/10- ИП от 23.10.2009)



Настоящее информационное письмо направлено для разъяснения научно-практических подходов к проблеме оптимизации состояния здоровья отдельных групп населения и индивидуума, что можно определить как процесс сохранения и развития психических, физиологических и биологических функций, их оптимальную трудоспособность и социальную активность при максимальной продолжительности жизни. При этом, особую значимость приобретают методы профилактики комплексного взаимовлияния факторов социального неблагополучия на диссеминацию случаев относительного бесплодия у женщин, а сам термин «социальная недостаточность» воспринимается обществом, как поведенческое явление, вытекающее из нарушений или ограничений жизнедеятельности, приводящее к снижению или отсутствию возможности выполнять в жизни и в обществе те функции, которые обычны для человека данного возраста, пола, особенностей его социального и культурного положения, т. е. реализации «жизненной роли», ориентированной на выживание в обществе и выполнение своего долга перед ним.

Введение.

В рамках модификации методических принципов проведения системно-структурного анализа комплексного взаимовлияния факторов социального неблагополучия (в т.ч. алкоголизма, токсикомании, табакокурения и болезней, передающихся половым путем) на диссеминацию случаев относительного бесплодия у женщин необходимо акцентировать внимание на тот факт, что системный анализ публикаций известных российских исследователей (Е.И. Чазов, 2000; Ю.П. Лисицын, 2001; О.П. Щепин, В.К. Овчаров, Т.М. Максимова, 2004; В.З. Кучеренко, 2005; и др.) «...приводит к осознанию того факта, что отечественная медицина и санаторно-курортная отрасль традиционно были и остаются действенным методологическим инструментарием совершенствования показателей здоровья различных социальных групп населения, включая женщин с относительным бесплодием».

По мнению В.К. Юрьева (2009), в современной литературе существует более ста определений и подходов к понятию «здоровье». Имеющиеся в литературе подходы к определению понятия «здоровье» можно классифицировать следующим образом:

- 1) здоровье - это отсутствие болезней;
- 2) здоровье и норма - понятия тождественные;
- 3) здоровье как единство морфологических, психоэмоциональных и социально-экономических констант.

Как указывает академик Ю. П. Лисицын (2008), «...общим для этих подходов является то, что здоровье понимается как нечто противоположное, отличное от болезни, т. е. понятие «здоровье» до сих пор определяется через понятие «нездоровье» и зависит от распространенности тех или иных болезней, дефектов развития, несчастных случаев, уровня смертности. Таким образом, медицина и ее теория остаются во власти патологии. До сих пор ничтожно мало таких индексов, показателей, которые отражали бы меру и состав, качество и количество собственно здоровья - личного и общественного. При оценке здоровья принято выделять 4 уровня (В.К.Овчаров, 2002): «...1-й уровень - здоровье отдельного человека; 2-й уровень - здоровье малых социальных или этнических групп - групповое здоровье; 3-й уровень - здоровье населения - административно-территориальная единица; 4-й уровень - общественное здоровье - здоровье общества, популяции в целом.

Характеристики группового здоровья, здоровья населения, общественного здоровья в статике и динамике рассматриваются как интегральное

понятие личного здоровья каждого человека в отдельности. Однако следует понимать, что это не просто сумма данных, а сумма цельно взаимосвязанных сведений, выраженных количественно-качественными показателями». По мнению академика В. П. Казначеева (2001), «...состояние здоровья индивидуума можно определить как процесс сохранения и развития психических, физиологических и биологических функций, его оптимальную трудоспособность и социальную активность при максимальной продолжительности жизни». И. М. Воронцов (2006) выделяет «общие, вне нозологические, социально-ориентированные критерии в пространстве «здоровье - болезнь»:

-нарушения - потеря, недостаточность, аномалия или расстройство любой значимой для жизнедеятельности: анатомической структуры, физиологической или психологической функции.

-ограничение жизнедеятельности - отклонение от нормы деятельности человека вследствие нарушений здоровья, которое характеризуется ограничением способности осуществлять: самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением.

-социальная недостаточность - вытекающее из нарушений или ограничений жизнедеятельности снижение или отсутствие возможности выполнять в жизни и в обществе те функции, которые обычны для человека данного возраста, пола, особенностей его социального и культурного положения, т. е. реализация «жизненной роли», ориентированной на выживание в обществе и выполнение своего долга перед ним.

-здоровье ребенка и будущего взрослого - итог (результат) оптимальной реализации генетической программы развития. Для оценки индивидуального здоровья используется ряд весьма условных показателей, как-то: ресурсы здоровья, потенциал здоровья и баланс здоровья. Ресурсы здоровья - это морально-функциональные и психологические возможности организма изменять баланс здоровья в положительную сторону. Повышение ресурсов здоровья обеспечивается всеми мерами здорового образа жизни (питание, физические нагрузки и т. д.). Потенциал здоровья - это совокупность способностей индивидуума адекватно реагировать на воздействие внешних факторов. Адекватность реакций определяется состоянием компенсаторно-приспособительных систем (нервной, эндокринной и т. д.) и механизмом психической саморегуляции (психологическая защита, автотермы и т.д.). Баланс здоровья - выраженное состояние равновесия между потенциалом здоровья и действующими на него факторами». Как отмечают Санкт-Петербургские исследователи (В.К. Юрьев и соавт., 2009), «...обычно выде-

ляют 5 групп здоровья. Здоровье человека может рассматриваться в различных аспектах: социально-биологическом, социально-политическом, экономическом, морально-эстетическом, психофизическом и т. д. Поэтому сейчас в практике стали широко использоваться термины, отражающие лишь одну какую-либо грань здоровья человека, - «психическое здоровье», «репродуктивное здоровье», «общесоматическое здоровье», «экологическое здоровье» и т. п., что сужает понимание самого термина «здоровье». Однако в медицине нельзя говорить о здоровье и болезни вообще, а следует говорить о здоровье и болезни людей, а это обязывает подходить к человеку не только как к биологическому, животному организму, а как к существу биосоциальному. Здоровье современного человека выступает результатом естественной эволюции вида *homo sapiens*, в которой постоянно нарастало влияние социальных факторов. Их роль за 10 000 лет развития цивилизации возросла во всех отношениях. Человек получает здоровье, в известном смысле, как дар природы, он унаследовал от своих животных предков природную основу, программу поведения в этом мире. Однако в процессе социализации уровень здоровья изменяется либо в одну, либо в другую сторону, законы природы проявляются в особой, неповторимой, свойственной только человеку форме. Биологическое никогда не проявляется в человеке в чисто природном виде - оно всегда опосредуется социальным. Проблема соотношения социального и биологического в человеке - ключ к пониманию природы и характера его здоровья, его болезней, которые следует трактовать как биосоциальные категории. Здоровье и болезни человека, по сравнению с животными, - это новое, опосредованное социальным качество».

Отправным пунктом для интерпретации здоровья является определение, принятое Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ): «Здоровье является состоянием полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов». В документах ВОЗ неоднократно указывалось, что здоровье людей - качество социальное. В связи с чем для оценки общественного здоровья ВОЗ рекомендует следующие показатели:

1. Отчисление валового национального продукта на здравоохранение.
2. Доступность первичной медико-социальной помощи.
3. Охват населения медицинской помощью.
4. Уровень иммунизации населения.
5. Степень обследования беременных квалифицированным персоналом.

6. Состояние питания детей.
7. Уровень детской смертности.
8. Средняя продолжительность предстоящей жизни.
9. Гигиеническая грамотность населения.

Однако в медицинских исследованиях группового здоровья, здоровья населения и здоровья нации традиционно принято использовать следующие индикаторы:

1. Демографические показатели.
2. Заболеваемость и инвалидность.
3. Физическое развитие.

При изучении здоровья нации факторы, его определяющие, принято объединять в следующие группы (О.П. Щепин, 2009):

1. Социально-экономические (условия труда, жилищные условия, материальное благосостояние и т. д.).
2. Социально-биологические (возраст родителей, пол, течение антенатального периода и т. д.).
3. Экологические и природно-климатические (загрязнение среды обитания, среднегодовая температура, уровень солнечной радиации и т. д.).
4. Организационные или медицинские (уровень и организация медицинской помощи)».

Исключительно активно выступают в открытых литературных источниках ведущие ученые Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова по разработке методологических подходов к объективизации показателей здоровья различных социальных групп населения (А.В.Шабров, В.Г.Маймулов, М.П. Захарченко, 2007; В.С. Лучкевич, 2009), что представлено в таблицах 1-4. Как следует из таблицы 1, приведенные названными исследователями наиболее употребляемые признаки здоровья не содержат в себе количественной меры, без чего невозможно давать его оценку. Перед здравоохранением (как наукой) встала проблема измерения состояний здоровья человека, что позволит прогнозировать его изменения и строить рациональное управление им. При этом, по мнению М.П. Захарченко и соавт. (2007), имеется настоятельная необходимость выразить их единым показателем, оценить степень его оптимальности, спрогнозировать дальнейшее тече-

ние процесса и скорректировать его в сторону максимума здоровья. Названные исследователи отмечают, что «имеющиеся определения здоровья, как уже отмечалось, включая и дефиницию ВОЗ, не рассчитаны на его количественное измерение, без чего невозможно давать оценку и тем более осуществлять прогнозирование. На наш взгляд, связано это с тем, что ряд ученых (Л.Г. Апанасенко, 2002; И.И. Брехман, 2003;

Таблица 1. Наиболее употребляемые в научных исследованиях формулировки здоровья (версия В.С. Лучкевича, 2009).

№ п/п	Формулировка
1	Нормальная функция организма на всех уровнях его организации.
2	Динамическое равновесие организма и его функций и факторов окружающей среды.
3	Способность к полноценному выполнению основных социальных функций, участие в социальной деятельности и общественно полезном труде.
4	Отсутствие болезни, болезненных состояний или болезненных изменений.
5	Полное физическое, духовное и социальное благополучие.
6	Способность организма приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям существования в окружающей среде.

В.П. Петленко, 2006) дают интерпретацию здоровья вообще, не думая о необходимости его количественной оценки для нужд профилактической медицины. Как указывалось в работах Г.И. Сидоренко (2003), для исправления такого положения «в определение здоровья должны быть включены такие категории, как структура, функция и адаптация. При таком подходе можно принять унифицированную дефиницию индивидуального здоровья, под которым следует понимать состояние структуры, функций и адаптационных резервов организма (АРО), обеспечивающих человеку жизнь в данное время в данной конкретной среде. В этом же ракурсе имеется возможность дать унифицированное определение общественного здоровья - это состояние демографической структуры, физического и интеллектуального потенциала, морально-психологического климата, обеспечивающие определенный уровень жизни общества и выполнение им всех прочих социальных функций на данном историческом отрезке времени. Из представленных определений следу-

ет, что индивидуальное и общественное здоровье можно выразить количественно по различным критериям (таблица 2)».

Таблица 2. Критерии оценки индивидуального и общественного здоровья (по версии Г.И Сидоренко, 2003).

№ п/п	Уровень здоровья	Категории здоровья	Компоненты здоровья	Критерии
1	Индивидуальный	Структура	Позитивная	Показатели физического развития
		Функция	Позитивная	Показатели физической и умственной подготовленности
		АРО	Позитивная	Иммунологические, биохимические и др. показатели
		Морбидность	Негативная	Заболеваемость, госпитализация, инвалидизация, трудопотери.
2	Общественный (популяционный)	Демографическая структура		Продолжительность предстоящей жизни, репродуктивная способность популяции.
		Физический и интеллектуальный потенциал		Интеграл работоспособности за жизнь.
		Морально-психологический климат		Интеграл самочувствия и морально-психологического комфорта за жизнь.

Как следует из данных таблицы 2, методологической основой оценки, прогнозирования и управления здоровьем стало установление на межведомственной основе причинно-следственных связей между значимыми экологогигиеническими факторами, складывающимися медико-профилактическими ситуациями и условиями жизни, с одной стороны, и состоянием здоровья разных групп населения, с другой. Эти связи целесообразно устанавливать на возможно более раннем уровне, когда изменения в организме носят обратимый характер, а принимаемые меры профилактики наиболее эффективны.

Разрабатываемый в Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И. И. Мечникова подход к оценке взаимодействия организма с окружающей средой включает в себя как поиск количественных зависимостей между показателями, функциональными факторами окружающей среды, так и оценку взаимодействия между отдельными системами организма. Последнее базируется на теоретической предпосылке о системно-иерархической структуре организма, когда любое внешнее воздействие на него вызывает автономное реагирование определенной системы в пределах ее функциональных возможностей. Когда же интенсивность или продолжительность воздействия превышает возможности этой системы, они могут быть расширены, компенсированы за счет включения в реагирование отдельных структур других систем и целых систем организма. Такой подход не только дает возможность оценки напряжений, возникающих в отдельной системе организма, роли факторов в формировании сдвигов, но и позволяет оценивать уровень взаимодействия этих систем, определяемый методами математического анализа. Тем самым создается возможность установить и "стоимость", которую "платят" та или иная система и организм в целом за свое функционирование в определенных условиях окружающей среды с объективной оценкой адаптационно-приспособительных возможностей как индивидуума, так и популяции. Одной из областей компетенции гигиенической диагностики, как вытекает из представленной дефиниции, является распознавание АРО, т.е. донозологических состояний (ДС). В этой связи можно принять унифицированное определение гигиенической донозологической диагностики (ГДД), под которой понимается система мышления и действий, направленных на исследование АРО (таблица 3). Из данных таблицы 3 можно видеть, что областью компетенции гигиенической диагностики являются три стадии шкалы здоровья, имея в своем распоряжении три объекта наблюдения: здоровье, ФОС и взаимосвязь между ними. Как свидетельствуют данные таблицы 3, приведенной в монографии «Диагностика в профилактической медицине», вышедшей в издательстве международного Фонда Истории Науки под редакцией академика

РАМН А.В. Шаброва, вне системного подхода исключается возможность осмысления непрерывности развития и совершенствования элементов, затрудняется выявление и реализация их

Таблица 3. Область компетенции врачей профилактического и клинического профиля при оценке состояния здоровья женщин с относительным бесплодием (версия А.В. Шаброва и соавт., 2008).

№ п/п	Состояние здоровья	Диагностика
1	полное (абсолютное)	гигиеническая
2	практическое	гигиеническая
3	донозологическое	гигиеническая донозологическая
4	болезнь	клиническая

связи с другими системами обеспечения населения, без которых они не смогут сколько-нибудь эффективно функционировать и даже сосуществовать. Наконец, выступая как набор не связанных системной связью действий, они с трудом воспринимаются исполнителями в их практической работе, что представлено в таблице 4.

Второй методологической проблемой является уточнение самого понятия "медико-профилактическое обеспечение населения" и раскрытие его содержания. С момента возникновения и осмысления самого факта разделения медицины на два направления (лечебное и профилактическое), вытекающих из различия методов достижения основной цели медицины - сохранения, укрепления и восстановления здоровья людей, - возникло и неоднозначное понимание организационной стороны лечебного и профилактического обеспечения. Что касается лечебного направления, то здесь проблема более или менее ясна: оно реализуется исключительно и только медицинскими структурами и специалистами медицинского профиля. Профилактическое направление осуществляется более сложным путем, так как возникновение и развитие болезней и преждевременного изнашивания организма в значительной степени зависит от состояния окружающей человека природной и, в особенности, социальной среды - условий труда, быта, питания и других ее элементов и факторов. Из этого следует, что профилактика вероятного ухудшения здоровья выходит далеко за пределы возможностей медицины. В реализации профилактического метода, в отличие от лечебного, наряду с врачами-профилактиками должны принять участие все экономические, технические, административные, хозяйственные, правовые и общественные структуры и

институты государства, а также, и, может быть в первую очередь, все население в целом и каждый его гражданин в отдельности. Названная реализация должна осуществляться и фактически осуществляется в виде медико-профилактического обеспечения, состоящего из блоков элементов медицинского и немедицинского характера. Последние осуществляют в основном исполнительские функции, а первые обеспечивают это исполнение путем определения направления, выбора приоритетов и оценки эффективности функционирования системы в целом.

Таблица 4. Методологические проблемы при оценке здоровья людей

(по версии М.П. Захарченко и соавт., 2007).

№ п/п	Уровень здоровья	Проблемы
1	Индивидуальный	Отсутствие стандартного набора показателей при определении АРО. Поиск методики сложения негативной и позитивной компоненты здоровья. Определение алгебраической суммы мощности здоровья индивида. Установление весомости показателей негативной и позитивной компоненты здоровья.
2	Популяционный	Формирование концепции социально значимых критериев. Создание унифицированной теории гигиенического нормирования состояния здоровья.

Обсуждая данные таблицы 4, следует подчеркнуть, что в популяционном уровне здоровья различных социальных групп населения существенную роль играет концепция развития курортного дела в Российской Федерации. К тому же, по официальным данным Минздравсоцразвития Российской Федерации, учитывая сложную ситуацию с ростом наркомании в стране, важной задачей системы здравоохранения России является совершенствование наркологической службы. Был взят курс на создание в каждом регионе полноценной территориальной системы наркологической помощи, включающей в себя все специализированные звенья, в т.ч. службу помощи беременным,

ранее замеченным в токсикомании или пристрастии к наркотикам. На текущий период (данные Росстата, 2009) «...в России под наблюдением в наркологических диспансерах и кабинетах находилось более 3-х миллионов лиц, злоупотребляющих алкоголем, наркотическими и ненаркотическими психоактивными веществами (ПВА), в том числе более 2,5 миллионов больных алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией. На учете состояло около 2,2 миллиона больных алкоголизмом и алкогольными психозами, что составляло 1529,5 на каждые 100 тыс. населения. По сравнению с предыдущим годом это число незначительно выросло. Таким образом, количество россиян, имеющих алкогольные проблемы, сегодня составляет 1,8% от всего населения страны. В последние годы отмечается выраженный рост числа больных, перенесших алкогольные психозы: за предыдущие 2 года оно увеличилось на 38% и оказалось самым высоким за последние 18 лет. А ведь именно алкогольные психозы являются индикатором распространенности алкоголизма и тяжести течения этой болезни. Показатель распространенности алкоголизма среди подростков составляет 21,9 на 100 тыс. подростков и является самым высоким за последние 10 лет. Одновременно чрезвычайно высока численность подростков, злоупотребляющих алкоголем без признаков сформировавшегося алкоголизма (профилактическое наблюдение) - 827,1 на 100 тыс. подростков, что выше ее уровня в населении в целом в 3 раза. Растет число злоупотребляющих алкоголем женщин. Число больных алкоголизмом женщин составляет 352 тыс., т.е. 461,2 на 100 тыс. женщин, но выросло за последние 2 года почти на 6%. Распространенность алкогольных психозов среди женщин достигла показателя 29,7 на 100 тыс., что выше уровня двухгодичной давности на 38%; это самый высокий уровень за последние 10 лет. Число женщин, злоупотребляющих алкоголем, за 2 года увеличилось более чем на 7%, достигнув уровня 63,4 на 100 тыс. Число лиц, употреблявших наркотики и находящихся под наблюдением составляет 448,1 тыс. человек, или 310,7 в расчете на 100 тыс. населения (0,3% численности жителей России), из них больных наркоманией - 219,9 тыс. Среди подростков уровень распространенности наркомании за последние 10 лет увеличился в 14,8 раза. Пик численности находящихся под медицинским наблюдением потребителей наркотиков пришелся на 2010 год - 123,9 на 100 тыс. подростков. В текущем году этот показатель снизился на 18,7% и составил 0,7 на 100 тыс. Среди женщин уровень распространенности наркомании продолжал возрастать: за 10 лет - в 14,4 раза, за предыдущий год - на 34,2%, за 2011 год - на 19,9%.

Наркологическую помощь оказывает сеть лечебно-профилактических амбулаторных и стационарных учреждений. В стране действуют 162 нарко-

логических стационара более чем на 16 тыс. коек, в том числе 10 крупных наркологических больниц. Работают 203 наркологических диспансера, 2060 наркологических кабинетов в районных (сельских), ведомственных и других больницах и поликлиниках (в минувшем году – 2 000 кабинетов). Растет число подростковых кабинетов: в 2005 году их было 176, в 2007 году - 256, в текущем году - 288. В структуру службы входят хозрасчетные кабинеты (их число колеблется от 30 до 70), кабинеты анонимного лечения - около 180, профилактической помощи - около 90. Численность врачей-наркологов продолжает расти - от 4,3 тыс. в 2002 году и до 5,5 тыс. в текущем году. Возрастает число работающих в наркологической службе специалистов различного профиля - психологов, психотерапевтов, социальных работников и др. Всего за текущий год в наркологических стационарах страны получили помощь более 680 тыс. пациентов, из них - около 390 тыс. больных алкоголизмом, 160 тыс. – с алкогольными психозами, 92 тыс. больных наркоманией и 2,5 тыс. больных токсикоманией. При этом количество пролеченных за год больных наркоманией впервые за последние годы уменьшилось, в 2009 году их было 119,0 тыс. Около 22,6% наркологических больных поступало в течение года повторно. Особое внимание уделяется созданию реабилитационного звена системы наркологической помощи. В структуре вновь созданного Национального научного центра наркологии Минздрава России начал работу реабилитационный наркологический центр. В 36 регионах развернуто около 1100 реабилитационных коек, рассчитанных на 1,5-3-х месячное пребывание больных. Всего в стране действует свыше 100 реабилитационных учреждений, из них половина - негосударственные структуры. Ближайшими задачами наркологической службы, решение которых позволит повысить качество специализированной помощи населению, в амбулаторно-поликлиническом звене службы являются реализация программного (программно-целевого) принципа организации работы - с внедрением широкого спектра специальных групповых и индивидуальных программ, дифференцированных в отношении различных контингентов и в плане ориентации на различные конечные лечебные и реабилитационные цели; в стационарном звене - структурно-функциональная дифференциация с различной терапевтической специализацией отдельных стационарных подразделений: детоксикация, неотложная помощь; купирование выраженных психопатологических и поведенческих расстройств - как в рамках патологического влечения, так и вне их; соматическая санация; поэтапная лечебно-реабилитационная работа; работа с особыми контингентами - больные, пораженные ВИЧ, гепатитами, другими инфекционными заболеваниями, а также дети и подростки - и т.п.; развитие сети реабилитационных структур».

Литература:

- 1.Воронцов И.М. Общие, вне нозологические, социально - ориентированные критерии в пространстве «здоровье - болезнь». // Научный вестник РГМУ.- 2006.-№7.-С.56-60.
- 2.Казначеев В.П. Состояние здоровья индивидуума как процесс сохранения и развития психических, физиологических и биологических функций. // Вестник Сибирского отделения РАМН. -2001.-№2.-С.14-18.
- 3.Кучеренко В.З. Принципы и логика рыночных отношений в здравоохранении//Проблемы соц. гигиены и ист. мед. - 2005.- № 2.-С. 22-27.
- 4.Лисицын Ю.П. Методологический инструментарий в медицинской статистике. // Научный вестник РГМУ. -2001.-№3.-С.35-40.
- 5.Лисицын Ю.П. О понятиях «здоровье» и «нездоровье». // Здравоохранение. - 2008.-№6.-С.49-53.
- 6.Овчаров В.К. Здоровье малых социальных или этнических групп населения. // Общественное здоровье и здравоохранение. - 2002.-№9.-С.33-38.
- 7.Чазов Е.И. Курортные методы терапии. // Терапевтический архив. - 2000.- №4.-С.3-8.
- 8.Шабров А.В., Маймулов В.Г., Захарченко М.П. Диагностика в профилактической медицине. – СПб.: Изд-во МФИН, 2007.–516 с.
- 9.Щепин О.П., Овчаров В.К., Максимова Т.М. Методика совершенствования показателей здоровья населения России. // Общественное здоровье и здравоохранения. - 2004.-№1.-С.9-14.
- 10.Юрьев В.К. К определению понятия «здоровье». // Научный вестник СПб гос. педиатрической академии. -2009.-№7.-С.84-89.

Филиппов Евгений Фёдорович, Шипков Николай Александрович

**Комплексное взаимовлияние факторов социального
неблагополучия на диссеминацию случаев относительного
бесплодия у женщин.**

(ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО)

Подписано в печать 24.11.2009 г. Формат 60 x 84 1/16
Бум.офсетная. Усл.печ. л. 0,8. Полиграфическое предприятие «ОПТИМА».
Тираж 90 экз. Заказ 108/-ИП.

354000, Россия, Краснодарский край, г. Сочи, ул. Советская, 26