

КЛИНИЧЕСКИЕ ЛЕКЦИИ

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ – ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ВЕКТОР ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ

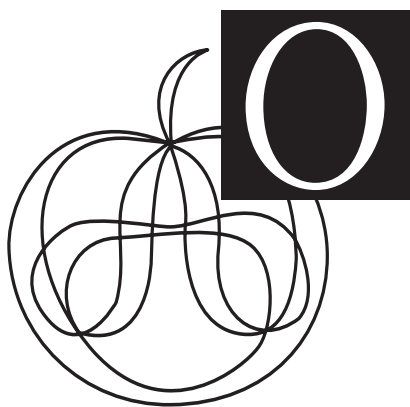
Н.П. Гончаров

ФГУ ЭНЦ Росмедтехнологии, г. Москва

REPRODUCTIVE HEALTH – A DETERMINING VECTOR OF PUBLIC HEALTH

N.P. Goncharov

The article has its aim to discuss and observe the international programs, performing under the leading of World Health Organization in the field of reproductive health. The increasing number of people all over the world with the dramatic decreasing of population in Europe require the detailed analysis from the United Nations Organization.



Основная цель изложенного в статье материала – познакомить читателей с методологией проводимых международных научных исследований под эгидой Всемирной организации здравоохранения в области репродуктивной физиологии человека.

Стремительный рост народонаселения и его огромные диспропорции в различных регионах мира и отдельных странах наряду с драматическим снижением рождаемости в Европе и России и неизбежным социально-экономическим напряжением потребовали от ООН всестороннего анализа и оценки сложившейся ситуации.

В сентябре 1994 г. в Каире под эгидой ООН состоялась Международная конференция по народонаселению и развитию (ICPD), в которой участвовали представители всех стран мира, в том числе представители России. Конференция приняла акт о репродуктивном здоровье человека как ведущем, основном приоритете для национальных программ здравоохранения.

Декларация ICPD гласит: «Все страны должны прилагать усилия для достижения репродуктивного здоровья прежде всего через систему первичной медицинской помощи и специализированных структур для всех членов сообщества соответствующего возраста по возможности быстрее, но не позже 2015 года». Вслед за этим в 1995 г. в Пекине состоялась четвертая Международная конференция женщин, которая обратила внимание правительств всех стран на необходимость улучшения и обеспечения здоровья женщин и их прав в современном обществе.

Резолюция ICPD призывает увеличить вклад правительств всех стран в развитие научных исследований в области репродуктивного и сексуального здоровья, включая создание безопасных и надежных методов регуляции фертильности человека и разработку эффективных методов борьбы с бесплодием, с параллельным широким распространением

информации об испытанных и апробированных методах предупреждения нежелательной беременности. Одновременно с этим необходимо интенсифицировать усилия в области биомедицинских и социальных исследований, которые способствовали бы повышению ответственности мужчин за репродуктивное здоровье, а также проводить целенаправленные научные исследования по созданию наиболее совершенных методов регуляции фертильности, которые бы контролировались самим пользователем и которые бы одновременно предупреждали передачу половым путем инфекций, прежде всего вируса иммунодефицита (ВИЧ).

Методология этих исследований координируется в ВОЗ Специальной Программой по репродукции человека, в рамках которой создан отдел Репродуктивного здоровья, получивший мандат о международной координации исследований в области сексуального и репродуктивного здоровья с привлечением в качестве экспертов ведущих ученых в области репродуктивной физиологии. Отдел организован ВОЗ во исполнение резолюции Каирской конференции (ICPD) и является основным инструментом по данной проблеме в рамках организации Объединенных Наций.

Программа призвана:

- выявить потребность и повысить доступность информации для женщин по различным аспектам репродуктивного здоровья;
- повысить ответственность мужчин за репродуктивное и сексуальное здоровье;
- отвечать на запросы и потребности отдельных стран в проведении научных исследований в области репродуктивного здоровья с учетом их национальной специфики;
- координировать и расширять глобальное участие в исследованиях по всем многофакторным составляющим репродуктивного здоровья.

Группой экспертов ВОЗ разработаны и апробированы, во исполнение резолюции ICPD 1994 г. как для национального, так и для глобального мониторинга репродуктивного здоровья, следующие оценочные индикаторы репродуктивного здоровья.

- Общий уровень фертильности.

Количество детей, которое женщина могла бы иметь к концу её репродуктивного периода.

- Использование средств направленной регуляции фертильности.

Процент женщин репродуктивного возраста (15–49 лет), которые используют тот или иной контрацептив, или их партнеров в определенный период времени. Контрацептивные методы включают: лигирование маточных труб и семявыносящих протоков, гормональные препараты для применения *per os* и внутримышечные инъекции, внутриматочные спирали, диафрагмы, имплантанты, спермициды и презервативы, к ним относится также состояние аменореи в период лактации.

- Уровень материнской смертности.

Количество материнской смертности на 100 тыс. живых новорожденных.

- Процент беременных женщин, хотя бы один раз обращающихся к профессиональному врачу по поводу своей беременности.
- Процент новорожденных, для которых доступен профессиональный медицинский персонал.
- Оснащенность базовыми условиями для обеспечения необходимой акушерской помощи на 500 тыс. жителей.

Базовая оснащенность включает парантеральные антибиотики, антиоксиданты, седативные препараты для лечения эклампсии и для ручного отделения плаценты и остаточной ткани плаценты.

- Количество функционального оборудования для оказания необходимой помощи при родах на 500 тыс. жителей. Сюда относится, кроме обычной помощи роженице, также хирургическая помощь, анестезия и переливание крови.

- Уровень перинатальной смертности.

Количество перинатальных смертей на 1000 новорожденных. Понятие перинатальной смертности включает количество умерших на протяжении поздних сроков беременности (22 и более полных недель беременности), а также в процессе родов и до семи дней после родов.

- Процент новорожденных (живых) с низкой массой, (менее 2500 г).
- Количество серологически подтвержденного сифилиса у беременных, посещающих женскую консультацию.
- Процент женщин репродуктивного возраста, у которых низкий уровень гемоглобина ведет к анемии (количество женщин репродуктивного возраста (15–49 лет), у которых количество гемоглобина ниже 110 г/л для беременных женщин и 120 г/л для небеременных женщин).

- Процент посещений акушера и гинеколога по поводу возможного выполнения аборта (все случаи посещения, связанные с абортom спонтанным или индуцированным, но исключаются случаи планированного прерывания беременности самой женщиной).

- Информация о количестве женщин с повреждением гениталий (процент женщин, определенный в результате интервью сообщества женщин, в котором они сами информируют о наличии у них повреждений гениталий).

- Процент женщин репродуктивного возраста, пытавшихся забеременеть на протяжении двух и более лет.

Имеются в виду женщины 15–49 лет, сексуально активные, не лактирующие и не пользующиеся контрацептивами, которые безуспешно пытались иметь беременность на протяжении двух и более лет. Отражает количество бесплодных браков.

- Количество мужчин с уретритом, выявленным путем интервью о случаях уретрита за последние 12 месяцев.

- Количество случаев ВИЧ-инфекции среди беременных женщин.

Имеются в виду беременные женщины (15–49 лет), у которых при посещении консультации выявлен сероположительный ВИЧ.

- Знание людей о методах предупреждения ВИЧ-инфекции.

Методом опроса определяется число людей, осведомленных о трех способах заражения людей ВИЧ. К трем основным методам предупреждения передачи ВИЧ относятся: секс без контакта с влагалищем, использование презерватива и наиболее оптимальный метод – секс с одним, неинфицированным ВИЧ партнером.

При проведении реформ в секторе здравоохранения особого внимания заслуживает область сексуального и репродуктивного здоровья, требующая выработки мультидисциплинарного подхода к организации практических механизмов по реализации главной задачи – повышения репродуктивного здоровья нации и тем самым постепенного улучшения демографической ситуации в стране. Традиционно в здравоохранении доминируют такие секторы медицины как сердечно-сосудистая патология, злокачественные новообразования, туберкулез и т.д. Для руководителей высокого ранга, принимающих организационные решения и распределяющих финансовые потоки, область репродуктивного здоровья недостаточно понятна. Поэтому во многом данная область медицины традиционно выпадает из приоритетных направлений развития. В результате в ряде стран и особенно в России драматически ухудшается демографическая ситуация, когда смертность доминирует над рождаемостью. Многофакторный сектор репродуктивного здоровья требует для его улучшения комплекса эффективных социально-политических и финансовых мер вместе с проведением продуманных реформ в здравоохранении, обеспечивающих мониторинг репродуктивного здоровья человека, начиная от зачатия, беременности и во все последующие периоды его жизни.

До последнего времени сексуальное здоровье рассматривалось как интегральная часть репродуктивного здоровья в общей программе. Однако пандемическое распространение ВИЧ, а также резкое увеличение роста распространения инфекции, включая сифилис, гепатит В, С и др., передающихся половым путем, заставили срочно пересмотреть данную концепцию. Не менее важным является рост случаев сексуальной дисфункции у мужчин и женщин, достигающей в развитых странах 40–50% в популяции. А среди больных сахарным диабетом типа 2, количество которых исчисляется миллионами (в США например 12 млн), сексуальная дисфункция превышает 50% и достигает 70% при декомпенсированном его течении.

Проблемы репродуктивного и сексуального здоровья

Существует пять подходов к решению этих проблем:

- улучшение медицинского обеспечения антенатального, перинатального, послеродового периода, а также мониторинг здоровья новорожденного;

- обеспечение высококачественной и доступной медицинской помощи для планирования семьи, включая область мужского и женского бесплодия;

- искоренение небезопасных, нелегальных абортов;

- борьба с инфекциями и болезнями, передающимися половым путем, включая ВИЧ, инфекции репродуктивного тракта, рак шейки матки и другие гинекологические заболевания;

- организация мероприятий, способствующих улучшению сексуального здоровья. Для большинства стран приоритетными должны стать оптимальная антенатальная, младенческая и послеродовая медицинская помощь.

Все выше названные меры по улучшению репродуктивного здоровья, как стратегические, были приняты на генеральной ассамблее ВОЗ в мае 2004 г.

Заболевания репродуктивной системы женщин

В рамках программы ВОЗ экспертами по репродуктивному здоровью сделана попытка классифицировать заболевания репродуктивной системы женщин.

Эти заболевания могут быть подразделены на три категории.

1. Период беременности/материнские заболевания.

2. Гинекологические заболевания. В эту категорию входит вся патология репродуктивной системы, которая не связана с беременностью, но включает аборт и сексуальную дисфункцию.

3. Заболевания, обусловленные используемыми контрацептивами. Эта категория включает весь набор возможных осложнений, связанных с тем или иным методом регуляции фертильности.

Гинекологические заболевания, в свою очередь, могут быть подразделены на инфекционные, поражающие репродуктивный тракт, эндокринные нарушения, бесплодие, рак, врожденные дефекты, повреждение репродуктивного тракта, сексуальную дисфункцию, симптомы менопаузы и др.

Инфекции репродуктивного тракта включают три различных типа инфекции:

- Инфекции, передающиеся половым путем, включая хламидиоз, гонорею, трихомониаз, сифилис, генитальный герпес, папилломавирус, ВИЧ.

- Эндогенные инфекции. Включают бактерии vaginosis и кандидиазис.

- Ятрогенные инфекции. Заражение во время различных медицинских процедур.

Эндокринные и гормональные нарушения затрагивают различные звенья от менструации до фертильности.

- Бесплодие может быть причиной эндокринных нарушений, инфекций репродуктивного тракта, сепсиса после аборта и ряда генетических поломок.
- Гинекологический рак, включая рак шейки матки, молочной железы, эндометрия, влагалища, яичников, редко фаллопиевых труб.
- Врожденные аномалии органов репродуктивной системы.
- Сексуальная дисфункция как следствие эндокринных и ряда других причин.
- Симптомы менопаузы включают: гормонзависимые нарушения, которые возникают в период перименопаузы, менопаузы и постменопаузы.
- Другие гинекологические заболевания: эндометриоз, овариальные кисты, маточный фиброматоз, полипы, воспалительные заболевания, не связанные с инфекциями, передающимися половым путем и др.

Вся вышеперечисленная патология тесно взаимосвязана и отражает состояние репродуктивного здоровья женщины. В связи с этим требуется мультидисциплинарный подход к диагностике и лечению, а также возникает необходимость создания специальных подразделений репродуктивной медицины и повышения квалификации врачей первичной медицинской помощи в области репродуктивного здоровья как женщин, так и мужчин. Особенно это важно для оказания помощи бесплодным супружеским парам, причем необходимо одновременное обследование женщины и мужчины. Рассмотрим некоторые заболевания в качестве примера успешной профилактики и лечения.

Рак шейки матки

Особое значение для репродуктивного здоровья имеет рак шейки матки. По распространенности рак шейки матки у женщин занимает второе место, ежегодно в мире регистрируется 500 тыс. новых случаев и 250 тыс. со смертельным исходом. Наиболее эффективный метод контроля – это профилактический осмотр женщин. Опыт Европейских стран, где введен систематический осмотр женщин, привел к радикальному снижению случаев рака шейки матки. Оптимально профилактический осмотр (скрининг) женщин, прежде всего женщин 35–55 лет, должен проводиться один раз каждые 5 лет. Папилломавирус – главная причина поражения шейки матки. Он передается половым путем, поэтому данная патология приходится в большинстве случаев на сексуально-активный репродуктивный возраст женщин. Радикальное решение проблемы – создание вакцины против вируса папилломы человека и профилактическое вакцинирование женщин. В настоящее время вакцина рекомендована для профилактики. В случае выявления запущенного инвазивного рака шейки матки его лечение в условиях госпиталя стоит дорого и часто малоэффективно, тогда

как даже при его выявлении на стадии выраженной дисплазии эффективность лечения достигает 80–90%. Если экономические возможности позволяют, то в скрининговую программу необходимо включить женщин старше 60 лет и моложе 25 лет. Выявленный на стадии аплазии рак шейки матки излечивается практически в 100% случаев.

Под эгидой ВОЗ в большом эпидемиологическом проекте были проанализированы причины материнской смертности в развитых странах, которые приведены в таблице:

Заболевание	% смертности
Гипертензия	16,1
Эмболия	14,9
Другие не прямые причины смерти	14,4
Кровотечения	13,4
Аборт	8,2
Эктопическая беременность	4,9
Неизвестная причина	4,8
Сепсис, инфекция	2,1
ВИЧ	0
Другие непосредственные причины смерти	21,3

Знание причин материнской смертности позволяет более предметно ориентировать врачей на упреждающие профилактические и врачебные мероприятия по её снижению.

Гормональная терапия в период менопаузы, основные принципы

Важно отметить некоторые моменты в проведении гормональной терапии женщин в период менопаузы. Заместительная гормональная терапия эстрогенами в начальный период менопаузы обеспечивает протекторное действие в развитии атеросклероза, тогда как в поздний период, когда атеросклеротическое поражение сосудов уже сформировалось, терапия эстрогенами может быть фактором риска возникновения тромбов, ишемической болезни сердца и тромбоза. Для снижения риска при использовании эстрогенов рекомендуется комбинированная терапия с одновременным включением гестагенов.

Сексуальная дисфункция

Область сексуального здоровья определяет и репродуктивное здоровье. Остановимся на наиболее распространенных формах нарушения сексуальной функции, которые требуют реорганизации социальной и медицинской помощи таким пациентам.

Сексуальная дисфункция у мужчин

Наиболее распространенная форма – преждевременная эякуляция, распространенность которой дости-

гает 30% среди мужчин в возрасте 18–59 лет. Для сравнения: частота встречаемости эректильной дисфункции у мужчин такой же возрастной группы составляет 12%. Несмотря на такую высокую распространенность преждевременной эякуляции, её патогенез мало изучен. Само определение этого понятия и проблема усложняется еще и тем, что обе формы дисфункции часто встречаются у одного и того же пациента. Это затрудняет правильную диагностику и назначение адекватного лечения. В основе сексуальной дисфункции лежат нейробиологические, эндокринные причины. Ранняя диагностика обеспечивает хороший успех в лечении. Создание и широкая доступность современных производных тестостерона, короткого и длительного (до 3 месяцев) действия и препаратов-ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа расширили возможности коррекции сексуальной дисфункции у мужчин.

Сексуальная дисфункция у женщин

Эпидемиологические исследования показали достаточно значимую частоту сексуальной дисфункции – от 10 до 40% – у постменопаузальных женщин. Многофакторность причин гипосексуальности у женщин делает эту проблему наиболее трудной в решении. Сексуальность – одна из сложнейших компонентов поведения человека. Международные ассоциации, объединяющие область репродуктивной физиологии в широком смысле, включая сексуальное и репродуктивное здоровье, дали следующее определение снижения либидо у женщин: *отсутствие или снижение сексуального интереса или желания, отсутствие сексуальных размышлений или фантазий и снижение ответного желания.*

Значимое снижение сексуального интереса, оргазма и сексуальной активности наступает в среднем возрасте и больше регистрируется у женщин, чем у мужчин. При этом определяющим фактором является время наступления менопаузы, а не возраст женщины. И, несмотря на большой интерес людей к данной области медицины, которая широко и повседневно обсуждается прессой и телевидением, научные исследования по сексологии человека ограничены.

Большинство публикаций приходится на биологические науки, поскольку здесь большое число исследований направлено на создание «чудодейственного» препарата, который позволил бы решить проблему. В то же время сексология относится к междисциплинарной медицинской науке и практике. Для идентификации причин сексуальной дисфункции необходимы разные специалисты, в том числе врачи первичного звена, психиатры, психологи. Медицинские факторы включают прежде всего эндокринные нарушения, включая низкий уровень циркулирующих андрогенов, гиперпролактинемия, дефицит эстрогенов, сахарный диабет и другие системные хронические заболевания, такие как сердечно-сосудистые заболевания, метаболический синдром.

Целый ряд препаратов, назначаемых женщинам, могут нарушить сексуальную функцию и прежде всего либидо. К ним относятся гипертензивные средства, антидепрессанты и ряд цитоксических препаратов. В большинстве случаев в качестве причины сексуальной дисфункции доминируют эндокринные нарушения, которые требуют исследования гормонального статуса не только гипоталамо-гипофизарно-оварийной системы, но и гормонов щитовидной железы – ТТГ, пролактина, гормона роста, подробного андрогенного статуса, общего и свободного тестостерона, секс стероид связывающего глобулина, ДНГА и ДНГА-сульфата. От 10 до 40% женщин страдают нарушением репродукции за счет гиперпролактинемии, которая ведет к бесплодию. Необходимо использовать карты-вопросники (профиль сексуальной функции женщины) специально разработанные для оценки причин характера сексуальной дисфункции.

В особую форму выделен синдром андрогенного дефицита у женщин, формирующийся у части женщин в период менопаузы.

Для снижения количества хирургических аборт и их осложнений разработаны эффективные медикаментозные методы аборта.

Современные фармакологические методы прерывания нежелательной беременности

(Рекомендации приняты на конференции экспертов ВОЗ в Италии в 2004 г.)

Аборт должен быть выполнен в ранние сроки первого триместра беременности медикаментозными средствами и по эффективности должен быть сопоставим с вакуум-аспирацией. Его эффективность должна быть более 95%.

Требования к данному методу прерывания беременности:

- прерывание беременности должно проводиться до 63-го дня беременности;
- метод должен быть прост в применении, безопасен и иметь минимальные побочные эффекты;
- кровопотеря должна быть сопоставима с применяемой вакуум-аспирацией;
- метод должен быть недорогим и широко доступным.

По мнению экспертов ВОЗ, наиболее эффективным и приемлемым методом, удовлетворяющим всем названным критериям, является комбинация мифепрестона (блокатора рецепторов прогестерона) с последующим приемом простагландина. Другой известный препарат – метотрексат в комбинации с простагландином является высоко эффективным, однако не рекомендуется его использовать в силу выраженного тератогенного эффекта.

Во время консультации с врачом, прежде чем принять решение о сохранении или прерывании беременности, женщина должна получить психологическую

поддержку, исчерпывающую информацию о процедуре и возможных осложнениях аборта. Она также должна получить полную информацию о существующих доступных методах контрацепции.

При посещении врача женщина должна получить также информацию о хирургическом аборте. Женщина сама должна выбрать способ прерывания беременности – хирургический вариант или выше названный медикаментозный.

Рекомендуемый режим проведения медицинского аборта:

Женщина per os принимает 200 мг мифепрестона, спустя 36–48 часов внутривлагалищно вводит простагландин: 0,8 мг мисопростола или 1 мг гемепроста. Такая комбинация обеспечивает прерывание беременности в домашних условиях в 96% случаев. Если женщина подозревает неполный аборт, её необходимо проверить путем клинического обследования или определением уровня хорионического гонадотропина. Во время посещения врача должно быть подтверждено или исключено наличие эктопической беременности в случае её подозрения.

Основные противопоказания для медицинского аборта:

- аллергические реакции на препарат;
- наследственная порфирия;
- хроническая недостаточность коры надпочечников;
- установленная или предполагаемая эктопическая беременность.

Методы регуляции фертильности, которыми пользуются миллионы женщин на протяжении длительного репродуктивного периода, должны быть абсолютно безопасными. Наряду с традиционными гормональными контрацептивами (комбинация эстрогенов и гестагенов), в настоящее время созданы, проверены в многоцентровых исследованиях и получили широкую доступность внутриматочные спирали как с покрытием медью, так и спирали, содержащие гестагены, которые обеспечивают предупреждение беременности сроком до 10 лет. Разработан также алгоритм неотложной посткоитальной контрацепции с использованием гестагенов, которые обеспечивают предупреждение имплантации оплодотворенной яйцеклетки. Эта группа препаратов получила название посткоитальных контрацептивов. Начаты клинические испытания вакцины против беременности, созданной на основе бета-субъединицы хорионического гонадотропина. Управляемая фертильность с помощью различных вышеуказанных средств и других методов позволяет миллионам женщин избежать нежелательной беременности и тем самым обеспечивает снижение количества аборт.

Сексуальное здоровье – актуальная тема мировой политики

Очередной 17-й Всемирный сексологический конгресс (Монреаль, 10–15 июля 2005 г.), посвященный

теме «Единство во многообразии», был очень содержательным и представительным. Он также решил переименовать Всемирную сексологическую ассоциацию (WAS) во Всемирную ассоциацию сексуального здоровья и принял Монреальскую декларацию «**Сексуальное здоровье для Тысячелетия**».

Ниже следует ее перевод.

Мы, участники 17-го Всемирного конгресса по сексологии, утверждаем нашу приверженность миссии Всемирной ассоциации сексуального здоровья (WAS) обеспечивать сексуальное здоровье на протяжении всей жизни. Мы также подтверждаем принятую WAS Декларацию сексуальных прав (1999 г.), рекомендации отчета Пан-Американской организации здоровья / WAS «Обеспечение сексуального здоровья: рекомендации к действиям» (2000 г.) и принятые Всемирной организацией здравоохранения рабочие определения сексуального здоровья и сексуальных прав (2002 г.). Принимая во внимание острую необходимость коллективных действий ради достижения необходимого уровня здоровья и реализации целей и задач, зафиксированных международными соглашениями, включая Декларацию Тысячелетия, **мы провозглашаем, что:**

Поддержание сексуального здоровья является центральным звеном достижения счастья и благополучия, обеспечения стабильного развития и, более конкретно, реализации задач развития в текущем тысячелетии. Благополучные индивиды и сообщества лучше приспособлены к тому, чтобы способствовать искоренению индивидуальной и общественной бедности. Питая индивидуальную и социальную ответственность и равное социальное взаимодействие, сексуальное здоровье улучшает качество жизни и способствует достижению мира. Поэтому мы призываем все правительства, международные организации, частный сектор, научные учреждения и общество в целом и в особенности – всех членов организаций Всемирной ассоциации сексуального здоровья:

1. Признавать, поддерживать, обеспечивать и охранять сексуальные права для всех.

Сексуальные права – интегральный компонент фундаментальных прав человека, поэтому они являются неотчуждаемыми и всеобщими. Сексуальное здоровье не может быть достигнуто и обеспечено без сексуальных прав для всех.

2. Развивать гендерное равенство.

Сексуальное здоровье требует гендерного равенства и уважения. Связанные с гендером неравенства и дисбалансы власти препятствуют конструктивным и гармоничным человеческим взаимодействиям и тем самым – достижению сексуального здоровья.

3. Устранять все формы сексуального насилия и злоупотребления.

Сексуальное здоровье не может быть достигнуто, пока люди не свободны от дискриминации, сексуальных злоупотреблений, принуждения и насилия.

4. Обеспечивать всеобщий доступ к всеобъемлющей сексуальной информации и образованию.

Для достижения сексуального здоровья все люди, включая молодых, должны иметь доступ к систематическому сексуальному образованию, информации о сексуальном здоровье и к соответствующим службам на протяжении всего жизненного цикла.

5. Добиваться того, чтобы программы репродуктивного здоровья признавали центральное место сексуального здоровья.

Репродукция – один из главных параметров человеческой сексуальности, когда она желательна и запланирована, она может способствовать упрочению взаимоотношений и самореализации личности. Сексуальное здоровье – более широкое понятие, чем репродуктивное здоровье. Действующие программы репродуктивного здоровья должны быть расширены за счет системного включения разных аспектов сексуальности и сексуального здоровья.

6. Остановить и повернуть вспять распространение ВИЧ/СПИДа и других заболеваний, передаваемых половым путем (ЗППП).

Всеобщий доступ к предотвращению, добровольному консультированию и тестированию, всеобъемлющая забота и лечение ВИЧ/СПИДа и других ЗППП одинаково важны для сексуального здоровья. Программы, обеспечивающие всеобщий доступ к ним, должны быть задействованы немедленно.

7. Идентифицировать, определять и лечить сексуальные заботы, дисфункции и заболевания.

Поскольку сексуальная самореализация обладает способностью улучшать качество жизни, необходимо распознавать, предотвращать и лечить сексуальные заботы, дисфункции и нарушения.

8. Добиваться признания сексуального удовольствия как компонента благополучия.

Сексуальное здоровье – больше, чем отсутствие болезни. Сексуальное удовольствие и удовлетворенность являются интегральными компонентами благополучия и требуют всеобщего признания и уважения.

Существенно, чтобы международные, региональные, национальные и местные планы действий, направленные на обеспечение стабильного развития, рассматривали проблемы сексуального здоровья как приоритетные, выделяли необходимые ресурсы, определяли системные, структурные и общинные препятствия и осуществляли мониторинг прогресса.

<http://www.neuro.net.ru/sexology/info150.html>

В представленной статье затронуты только некоторые вопросы общей области репродуктивного здоровья человека. В дальнейшем, я надеюсь, можно будет привлечь к сотрудничеству с журналом наших коллег из отдела репродукции здоровья ВОЗ и их экспертов, которые помогут информировать наших читателей о конкретных мировых достижениях в такой обширной и очень актуальной области, как репродуктивная физиология человека.

Литература

1. Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994 (New York: United Nations); Andrienne Germain and Rachel Kyte, The Cairo consensus: the right agenda for the right time (New York: International Women's Health Coalition, 1995).
2. Platform for Action and the Beijing Declaration, Fourth World Conference on Women, Beijing, China, 4–14 September 1995 (New York: United Nations, Department of Public Information, 1996).
3. Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets, adopted by the 57 World Health Assembly, May 2004, WHO/RHR/04.8 (Geneva: WHO 2004).
4. Steven W. Sinding, 2005, "Keeping sexual and reproductive health at the forefront of global efforts to reduce poverty," *Studies in Family Planning* 36(2): 140–143.
5. Willard Cates Jr., "Reproductive tract infections," in Robert A Hatcher et al, 1998, *Contraceptive technology*, 17th revised edition (New York; Arden Media):180.
6. Ushma D. Upadhyay, 2005, *New contraceptive choices, population reports, Series M., № 19* (Baltimore, MD: Population Information Program, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health); Robert A Hatcher et al, 1998, *Contraceptive technology*, 17th ed. (New York; Arden Media).
7. World Health Organization, 2004, *Medical eligibility criteria for contraceptive use*, 3rd ed. (Geneva: WHO).
8. World Health Organization, 2003, *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems* (Geneva: WHO).
9. World Health Organization, 2005, *World Health Report – Making every mother and child count* (Geneva: WHO).
10. World Health Organization, 2006, *Neonatal and prenatal mortality: country, regional and global estimates* (Geneva: WHO).
11. Jill Asbury, Meena Cabral de Mello, Jane Fisher and Shekar Saxena, eds., 2006, *Mental and behavioral aspects of women's reproductive health: a global review of literature* (Geneva: WHO).
12. *Annual Technical Reports, 2000–2006*, Department of Reproductive Health and Research World Health Organization. Geneva, Switzerland.
13. Bulletin "Progress in reproductive Health and Research" №№ 57 – 2001; 63 – 2003; 65 – 2004; 66 – 2004; 67 – 2004; 68 – 2004; 69 – 2005; 70 – 2005; 71 – 2005. Produced by Department of Reproductive Health and Research, WHO, Geneva, Switzerland.