

---

---

И. А. ГУНДАРОВ

## **НОВАЯ СТРАТЕГИЯ ПОВЫШЕНИЯ РОЖДАЕМОСТИ**

С начала 1990-х гг. уровень рождаемости в России снизился к 1999 г. в два раза: от 17,2 до 8,5 рождений на 1000 жителей. Коэффициент суммарной рождаемости (число детей, приходящихся на одну женщину репродуктивного возраста) уменьшился с 2,2 до 1,2–1,3, оставаясь низким по настоящее время (см.: Демографические ежегодники... 1995–2008). Попытка улучшить ситуацию с помощью национального проекта «Здоровье» и родовых сертификатов оказалась малоэффективной. Наблюдавшийся в 2007 г. прирост числа родившихся в России (на 8,7 %) объясняется тем, что подошла пора выходить замуж и рожать девочкам, которые появились на свет 20 лет назад, а их тогда родилось необычно много благодаря «бэби-буму» начала перестройки. Аналогичный прирост отмечался также и в Узбекистане (на 8,2 %), Беларуси (на 8,1 %), Таджикистане (на 7,9 %), Казахстане (на 5,6 %) (см.: Содружество Независимых Государств... 2007).

Чтобы преодолеть демографическую катастрофу, нужно знать порождающие ее причины и механизмы развития. Распространенное мнение, будто депопуляция вызвана ухудшением экономического положения населения, не подтверждается фактами. Например, при сравнении в 1999 г. 10 % самых богатых и 10 % самых бедных семей (национальная выборка 49175 домохозяйств) у первых количество детей до 14 лет оказалось меньше в 5,2 раза (см.: Потребление... 2001).

Наряду с экономическими условиями важным регулятором детородного процесса служат социальные факторы. К ним относятся: рост культурного потенциала населения, увеличение времени досуга, расширение возможностей чувственного наслаждения и др. Считается, что социальные реформы в российском обществе привели к разрушению семейных ценностей, снижению потребности

в детях, закреплению моды на однодетную и бездетную семьи. Перечисленное рассматривается как неизбежная плата за приобщение к мировой цивилизации, осуществляющей «демографический переход» от архаичной многодетной семьи к современной малодетной. Поэтому для повышения рождаемости следует основное внимание направить на усиление просемейной политики и формирование потребности в многодетной семье. Правда, по мнению многих демографов, добиться существенного улучшения ситуации невозможно и следует смириться с мыслью, что в ближайшие десятилетия депопуляция россиян будет продолжаться. Переломить цивилизационные законы, мол, никому не удавалось (см.: Вишевский 2006).

Насколько приведенные объяснения подкрепляются фактами? Относительно семейных ценностей социологические опросы показывают: приоритет семьи не снизился за последние годы. Опубликованные в 2008 г. данные опроса национальной выборки, проведенного Институтом социологии РАН, показывают, что в сегодняшних жизненных обстоятельствах 76 % россиян надеются лишь на себя и своих близких (Кулаков 2005).

Что касается изменения потребности в детях, сравним «желаемое» количество детей, к которому стремится современная молодежь при наличии необходимых условий жизни, с желаниями их сверстников 70–80-х гг.

#### **Число желаемых детей в 60–70-е гг.**

1972 г., Эстония, 1150 молодоженов – 2,21 (см.: Социально-демографические... 1980);

1976 г., Вильнюс, 424 человека – приоритет двухдетной семьи (Антонов 1983);

1976 г., Москва, 260 женщин с детьми – ориентация на двухдетную семью (Там же);

1978 г., Москва, репрезентативная выборка – 2,8 (Народонаселение... 1994);

1970-е гг., Москва, 1319 двухдетных женщин до 35 лет – приоритет двухдетной семьи (Антонов 1983);

1981 г., Ленинград, 141 семейная пара – 2,49 (см.: Голод 1984).

**Число желаемых детей в 2000–2007 гг.**

2000 г., Новгород и Новгородская область, 394 супружеские пары (788 человек) – 2,57 (Антонов 2005);

2000 г., 1269 замужних женщин-горожанок из 15 областей РФ – 2,48 (Там же);

2001 г., российская выборка – 2,5 (Медков 2004);

2004 г., выборка семей по 20 областям РФ, 1861 человек – 2,41 (Антонов 2005);

2005 г., 706 человек, Москва, Казань, Уфа, Чебоксары – 2,4–2,7 (Синельников б. г.);

2006 г., российская выборка, обследование Фонда «Общественное мнение» – 2,43 (Юрьев 2007);

2007 г., Республика Марий Эл, выборка, оба пола до 25 лет – 2,56 (Семья в России 2008);

2007 г., Нижний Новгород, выборка, оба пола до 25 лет – 2,82 (Там же).

По данным всероссийского обследования в 2001 г. потребность иметь детей составляла 2,3–2,5 ребенка, что достаточно для простого воспроизводства. При этом 10,4 % семей желали иметь четырех и более детей. Даже бездетные пары хотели в среднем 2,3 ребенка (Медков 2004). Молодежь стремится иметь примерно такое же количество детей, как и их сверстники 20–30 лет назад. Почему, в таком случае, число детей в семьях меньше желаемого количества, а некоторые пары вообще их не имеют? Расхождение принято объяснять тем, что семьи откладывают рождение на более поздние сроки. Для этого используются два основных механизма: учащение потребления противозачаточных средств и рост числа абортов.

Однако хотя потребление гормональных контрацептивов женщинами репродуктивного возраста возросло, одновременно произошло снижение применения внутриматочных спиралей. В результате при суммировании обеих методик динамика оказалась даже отрицательной: от 22,1 % до 21,8 % (см.: *Здравоохранение...* 2005; 2007). В 1990–2007 гг. и частота абортов не увеличилась, а уменьшилась в 3,3 раза: с 12,2 случаев до 4,1 случая на 100 женщин 15–49 лет (см.: *Демографические ежегодники... 1995–2008*). Столь

масштабное уменьшение частоты абортов в короткий период времени, не имеющее очевидных причин, является само по себе беспрецедентным событием. Ничего подобного прежде не случалось. Как объяснить тот факт, что 77 % женщин фертильного возраста в России не используют противозачаточных средств и живут половой жизнью не предохраняясь, но не беременеют?

Полноценного ответа на перечисленные вопросы традиционные демографы не дают, как и разработчики национального проекта «Здоровье». Являясь по образованию экономистами или юристами, они имеют взгляд на проблему, исключающий понимание фундаментальных физиологических механизмов деторождения. А ведь семья есть не только хозяйственная ячейка общества, но и созданный природой биологический инструмент воспроизводства человеческой жизни на планете. Здесь господствуют не только экономические законы, но и гендерные в виде сложной саморегулирующейся системы репродуктивных взаимодействий между мужчинами и женщинами.

Если что-то сломалось в механизмах воспроизводства человеческого рода, то молодожены не рожают не потому, что не хотят иметь детей, а из-за неспособности воспроизвести потомство вследствие ухудшения репродуктивного здоровья. Что, если главной причиной спада рождаемости оказалось повреждение межполовых отношений в фертильной сфере, приведшее к ослаблению репродуктивной энергии населения и уменьшению частоты репродуктивных половых контактов?

Действительно, за 1990–2002 гг. отмечался пятикратный рост гинекологических дисфункций (см.: *Здравоохранение... 2005; 2007*), которые являются чутким индикатором гинекологических нарушений, вызванных поломками в работе нервной и эндокринной систем организма. В целом ответственность женщин за падение репродуктивного потенциала населения составляет около 35 %. Другие 35 % приходятся на мужские нарушения фертильности. О тревожном положении со сперматогенезом у российских мужчин свидетельствуют публикации отечественных ученых (Галимов, Галимова 2005; Бесплодный брак 2005; Лукашев и др. 2001). Отмечается ухудшение оплодотворяющей способности семенной жидкости. По данным хронометрического анализа 527 спермограмм муж-

чин фертильного возраста с интервалом в 12 лет выявлено выраженное уменьшение объема эякулята и сокращение количества подвижных сперматозоидов (Тер-Аванесов 2002). Оставшаяся треть бесплодных браков связана с нарушением здоровья одновременно мужчин и женщин. В результате доля семей, неспособных иметь детей, составляет по России 15–17 % (Кулаков 2005), а в ряде регионов, например Свердловской области, их пропорция достигает 20 %.

Фактически можно говорить об эпидемии бесплодия по мужскому и женскому типу.

Традиционная наука не дает четкого объяснения большинства ее причин. Например, при обследовании 2785 мужчин с бесплодием у 53 % не было выявлено каких-либо органических нарушений (Бесплодный брак 2005).

По мнению многих экспертов, среди факторов ухудшения мужской и женской фертильности на первом месте стоят психосексуальные расстройства, психогенные сексуальные нарушения. Клинические наблюдения показали, что стресс, агрессия, безысходность, чувство несвободы, потеря контроля над ситуацией, тревожность повреждают сексуальные способности и плодовитость обоих полов. Причем репродуктивный механизм мужского организма в обстановке психогенного неблагополучия повреждается быстрее (Галимов, Галимова 2005).

Статистические исследования на материале стран СНГ выявили, что чем выше в обществе прирост агрессивности, оцениваемой по уровням убийств, тем глубже спад рождаемости. Аналогичные закономерности обнаружены в странах Восточной Европы (Гундаров 2001). На материале СССР за 1971–1986 гг. показана обратная корреляция между динамикой агрессивности (измеренной по числу убийств) и рождаемостью. Рост убийств сопровождался снижением рождаемости, а снижение убийств – ростом рождаемости. Сформулирован закон «духовно-демографической детерминации», согласно которому *при прочих равных условиях улучшение (ухудшение) нравственно-эмоционального состояния общества сопровождается улучшением (ухудшением) демографической ситуации*. Разрабатываются основы нового направления в демографии – психодемографии.

Эффективность психосоматических регуляторов размножения доказывается примерами из животного мира. Для уменьшения избыточной численности особей, проживающих на ограниченной территории, в биологии используются механизмы стресса, озлобленности и депрессии. Они запускают процессы блокировки репродуктивной способности, что приводит к падению рождаемости. Природа как бы накладывает запрет на размножение в состоянии злости и тоски, поскольку такие особи не нужны в большом количестве. Поэтому многие виды животных не размножаются в зоопарке, хотя им предоставляют необходимые условия.

Психобиологический гендерный подход к оценке репродуктивных процессов заставляет иначе взглянуть на сокращение деторождения по миру в XX в. Принято рассматривать его позитивным культурологическим феноменом, связанным с раскрепощением женщины, вовлечением ее в общественную жизнь, снижением экономической функции семьи и т. д. Ограничение численности семьи в такой ситуации обеспечивается технологиями контрацептивной революции. Однако медицинский анализ выявляет в этой динамике тревожные признаки. Снижение детородной активности по странам Западной Европы (Австрии, Великобритании, Бельгии, Германии, Франции, Швеции, Швейцарии и др.) стало нарастать с конца XIX в., ускорившись в 20–30-х гг. XX в. (Добровольский 1968; Лисицын 1982). Например, коэффициент фертильности женщин США упал за 30-е гг. в 2 раза, женщин СССР – в 1,5 раза. И это при том что аборт в тот период не поощрялись нигде, а индустрия женских противозачаточных средств появилась значительно позже, в 60-х гг.

Вероятно, и здесь основную роль сыграли психосоматические повреждения, приведшие цивилизирующиеся народы к репродуктивному бессилию? Не секрет, что типичными нравственно-эмоциональными чертами либерального общества являются: конкуренция всех со всеми, цинизм, тревожность, страсть наживы, распущенность, неуверенность в завтрашнем дне. Подобные состояния способны вызвать массовое угнетение репродуктивной энергии населения. Поэтому вымирание богатых стран Европы продолжается и в XXI в. Суммарный коэффициент рождаемости у них составляет в среднем 1,5, с колебаниями от 1,3 в Италии до

1,8 в Великобритании. И это на фоне активной просемейной политики европейских государств и высокого уровня материального благосостояния.

Сильное влияние на детородный процесс оказывает большая смертность среди лиц молодого возраста. Показана тесная прямая связь между ожидаемой продолжительностью жизни и рождаемостью (Крутько, Смирнова 2002). В России остро ощущается нехватка молодых мужчин, без которых интенсивный репродуктивный процесс невозможен. По данным исследования в одном из южных округов Москвы, 27 % опрошенных женщин ответили, что не желают иметь детей. Но из них 57 % объясняют это тем, что не имеют для зачатия достойного партнера.

Дополнительный негативный эффект на рождаемость оказала сексуальная революция. Секс есть сугубо техническая сторона интимных отношений, важная, но не абсолютная. Любовь содержит технические вопросы, но ими не ограничивается, включая более широкую гамму гендерных взаимодействий, что увеличивает время от момента знакомства до полового контакта, но повышает эротичность отношений между мужчиной и женщиной, насыщая их остротой и гармоничностью. Тем самым увеличиваются репродуктивные способности обоих партнеров. Если же поле любви сжимается до размеров секса, происходит дезэротизация связей между полами. Исчезает многоцветность любовных взаимодействий. В результате возникает антисексуальный эффект сексуальной революции – половая скука, которую пытаются заместить суррогатными способами удовлетворения биологической потребности.

Нельзя не учитывать также разрушительное влияние на чувственность мужчины со стороны пошлостей телевизионной рекламы. Прокладки, тампоны, перхоть, плохой запах изо рта «срачиваются» в подсознании с образом женщины настолько, что начинают неожиданным образом «выстреливать» по мужскому либидо и потенции. Как и раннее половое воспитание, растлевающее детские души и готовящее из детей импотентов к окончанию школы.

Нарушаются веками складывавшиеся ролевые отношения в семье. С одной стороны, феминистское движение стремится сделать людей бесполоыми, среднего рода, освобождая женщин от всех видов неравенства, в том числе гендерного свойства. С другой сторо-

ны, мужчины теряют возможность выполнять мужские функции добытчиков и кормильцев. Тому способствуют и экономические условия. Стало невыгодно заводить семью, даже без детей. По сравнению с живущими в одиночестве потребление продуктов питания у членов образующейся семьи сразу сокращается на 15–25 %. При наличии одного-трех детей питание ухудшается на 40–70 % (см.: Потребление... 2001).

Все это приводит к нарушению не только репродуктивного, но и сексуального здоровья. В США при социологическом опросе 3159 мужчин и женщин 18–59 лет в начале 90-х гг. выявлено, что 10 % из них не живут половой жизнью. У остальных среди женщин имели низкое либидо 32 %, не испытывали оргазм – 26 %, ощущали отвращение к сексу – 23 %. Среди мужчин преждевременное семяизвержение отмечалось у 31 %, страдали слабой потенцией – 10 %, имели низкое либидо – 15 %, чувствовали неприязнь к сексу – 11 % (Laumann *et al.* 1999). По мнению американских врачей, основной причиной перечисленных сексуальных расстройств служат психологические факторы, в первую очередь депрессия и стресс. В Польше периодические опросы населения показывают снижение за последние годы частоты половых контактов на 10 %; около 80 % мужчин идут в спальню к женам без достаточного желания интимной близости.

По выражению английского андролога М. Каррузерса, мозг современного взрослого мужчины занят исключительно проблемой выживания в городских джунглях, где сексуальная активность вытесняется на второй план (Каррузерс 2004). Результаты изучения спермограмм нескольких тысяч здоровых лиц из развитых стран Европы доказывают факт падения детородной способности мужской части населения за последние 50 лет. Выявлено уменьшение объема эякулята (семяизвержения) с 3,4 мл в 1940 г. до 2,7 мл в 1990 г. и концентрации гамет (сперматозоидов) со 113 млн/мл до 66 млн/мл (Carlsen *et al.* 1992). По данным французских авторов, обследовавших сперму здоровых мужчин, скорость убыли концентрации сперматозоидов составляет около 2 % в год (Auger *et al.* 1995). Идентичные результаты получены при обследовании мужчин Великобритании, Греции, Италии, Германии, Бельгии, Канады и др. Состояние семенной жидкости юношей в некоторых странах оказа-



лось в два раза хуже, чем у пожилых индивидов. Например, в Дании среди призывников около 43 % имели сниженные показатели спермограммы, а общая концентрация гамет была в два раза меньше, чем у мужчин старшего возраста (Auger *et al.* 1995).

Процесс ухудшения репродуктивного здоровья населения в XX в. оказался настолько значительным, что заставил ВОЗ искусственно снижать планку нормативов. В 1860 г. норма сперматозоидов в миллилитре семенной жидкости составляла около 80–100 млн. К 1960 г. нижнюю границу нормы опустили до 60 млн, к 1983 г. – до 40 млн, а к 1992 г. планка снизилась до 20 млн (*Ibid.*). Это как если бы сначала считали нормой иметь 32 зуба в ротовой полости, затем 24, потом 16 и, наконец, 8 зубов.

Иногда возражают: разве 10 миллионов сперматозоидов мало для оплодотворения? Ведь для зачатия достаточно одного. На эту тему в биологии известно: чтобы один сперматозоид прошел дистанцию до яйцеклетки, проник через ее оболочку и совершил оплодотворение, нужна биологическая энергия в миллионы раз большая, чем его собственная. Требуется помощь сотен тысяч ему подобных, обеспечивающих своими жизнями своеобразный мост для зарождения новой жизни. Поэтому сперматозоиды продвигаются к яйцеклетке не поодиночке в борьбе всех против всех, а группами, фалангами. Здесь идущие первыми обречены на гибель, а побеждает тот, кто до поры находится в резерве. Такую технологию размножения применяют рыбы, земноводные, когда биологическая энергия миллионов икринок (личинок и др.) расходуется на обеспечение всего лишь сотням или тысячам особей дожития до репродуктивного периода.

К важным аспектам гендерных отношений относится формируемая в обществе мода на идеал женской фигуры. В настоящее время модными считаются худые фигуры, как у манекенщиц на подиумах. Влияет ли степень упитанности на вынашивание возникшей беременности? За последние 15 лет число выкидышей в России выросло в 1,5 раза и составляет ежегодно по 150–170 тысяч. Проведено популяционное исследование среди 900 беременных женщин в одном из подмосковных городов (Гундаров, Бойко 2006). Оказалось, что среди худых беременных частота выкидышей была в 5,2 раза больше, чем в средней группе. При избыточной массе те-

ла также происходило учащение выкидышей – в 4 раза. В целом обнаруживается U-образная связь, согласно которой плохо быть и толстой, как на картинах Рубенса, и худой, как у Модильяни.

Среди молодых женщин в России численность фигур с недостаточной массой тела составляет примерно половину. Это означает, что из общего количества ежегодных 170 тыс. выкидышей около 80 тыс. связаны с недостатком жировой ткани. Значит, существующая мода на женскую фигуру не соответствует установкам природы на гендерную гармонию, вызывая повреждения механизмов репродуктивного поведения. Гинекологам хорошо известно, что жировые отложения являются своеобразным паракринным органом, продуцирующим эстрогены – женские гормоны. К тому же содержащийся в жире холестерин оказывает благоприятное влияние на эмоциональные центры в головном мозгу, способствуя улучшению настроения. В случае его недостаточности женщины с низкой массой тела более конфликтны, чаще недовольны жизнью, больше подвержены депрессии. По этому поводу выявлена самостоятельная связь: чем выше (ниже) в обществе уровень агрессивности (оцениваемый по величине убийств), тем чаще (реже) случаются выкидыши (Они же 2003).

Выходит, что те процессы, которые принято именовать «демографическим переходом», на самом деле являются демографической деградацией. Это не эволюция, а болезнь, ведущая коренные народы Европы, как и белое население США, к вымиранию. Поэтому доля супружеских пар с пониженной плодовитостью достигает на Западе 25–35 %, тогда как опасным для нации считается порог в 15 % (см.: Медков 2004).

Открытие психодемографических связей, говорящих о зависимости рождаемости еще и от нравственно-эмоционального состояния населения, имеет огромное значение для преодоления депопуляции в развитых странах. Овладение психогенными регуляторами репродуктивного здоровья позволит управлять детородной активностью огромных людских масс через неэкономические рычаги. Например, в Германии 30-х гг. после прихода демократическим путем Гитлера к власти наблюдался выраженный «бэби-бум». Рост национального самоутверждения сопровождался взлетом рождаемости. Данный эффект имел исключительно немецкое происхож-

дение, поскольку в остальных европейских странах ничего подобного не происходило (Добровольский 1968, Лисицын 1982).

Другой яркий пример взлета репродуктивной активности – «бэ-би-бум» в США 50-х гг., когда уровень рождаемости населения страны-победительницы после Второй мировой войны превысил довоенные показатели в 1,5 раза (Там же). В России из-за огромных военных потерь был нанесен такой демографический удар мужскому населению, что послевоенный подъем рождаемости оказался слабым в сравнении с его двукратным спадом за предшествующее пятилетие.

Наличие быстрых демографических реакций опровергает господствующее мнение, будто вымирание России будет длиться десятилетиями. В нашей истории неоднократно наблюдались примеры быстрого увеличения детородной активности. Так, в 1921–1923 гг. произошло резкое повышение рождаемости, снижение смертности, и начался положительный естественный прирост. Факт тем более удивительный, что в 1921 г. страну поразил неурожай вследствие засухи, из-за которого погибло около 1 млн крестьян. Поражают темпы последующего демографического возрождения. К 1926 г. суммарный коэффициент рождаемости превысил показатели 1913 г. Естественное воспроизводство населения увеличилось на 30 % (см.: Население... 1998; Производительные силы... 1928; Чижевский 1976).

Невозможность традиционных объяснений значительного улучшения репродуктивного здоровья в 1921–1922 гг. заставляет предположить действие благоприятных психогенных факторов. Доказательством тому служит спад преступности в четыре раза от уровня 1918 г. и в два раза – от уровня 1913 г. Вплоть до 1927 г. отмечалось удивительное улучшение духовного состояния общества. Если в 1922 г. коэффициент судимости по РСФСР составлял 2508 на 100 000 жителей, то в 1927 г. он снизился до 1080. Уменьшилось число психических заболеваний, что подтверждается сокращением коечного фонда в психиатрических больницах на 31 % по сравнению с 1913 г. (см.: Десять лет... 1928).

В 1986–1988 гг. с началом перестройки произошел подъем рождаемости, в том числе и ее суммарного коэффициента. Одновременно наблюдался парадоксальный рост абортот. Такая односторонняя динамика взаимоисключающих процессов является

уникальным явлением в демографии. Объяснить его невозможно ничем, кроме как всплеском репродуктивной энергии, вызванным надеждами на новую, более достойную жизнь. Ее увеличение оказалось настолько выраженным, что привело не только к повышению рождаемости, но и росту абортот.

Получается, что при конструировании социальных систем следует учитывать законы биологической гармонии, распространяющей свое влияние и на человеческое поведение. В противном случае природа наказывает людей за непослушание, уничтожая зарвавшиеся народы их же руками. Влияние социальной атмосферы на рождаемость – один из главных таких регуляторов численности населения. И поскольку сломать природу невозможно, постольку остается согласиться с ее установками. В противном случае реальной становится угроза оказаться в Красной книге истории. Чтобы коренное население России не исчезло, нужна новая модель общественного устройства, гуманистическая в основе, соответствующая естественной природе российского народа. Разработкой контуров оптимального будущего занимается наука социальная эргономика. Социально-экономические условия жизни должны быть эргономичными, то есть соответствовать психобиологическим и культурно-нравственным традициям соответствующих народов. Нарушение этого требования приводит к порочным общественным отношениям, отбраковываемым живой природой через подавление фертильности.

Представленные факты позволяют предложить новую стратегию повышения рождаемости. Она состоит из двух частей: общегосударственной и медицинской. Общегосударственный подход реализуется политическими средствами. Его задача – сделать так, чтобы из общества исчезли доминирующие тоска, страх, озлобленность, распущенность, безысходность как главные причины депопуляции. Люди должны почувствовать, что находятся не в «зоопарке», а у себя дома – на Родине. Соответственно перед верховной властью встает главный вопрос: «Какой должен быть общественный строй и господствующая в нем социальная атмосфера, чтобы женщины хотели и могли рожать желанное количество детей?» Правильный ответ на этот вопрос приведет к взлету социального оптимизма, что неизбежно вызовет подъем рождаемости.

Вторая часть новой стратегии – медицинская – направлена на блокировку механизмов репродуктивного кризиса. Не стоит агити-

ровать те семьи, где не желают иметь детей, – их меньшинство. Необходимо помочь забеременеть и выносить плод тем женщинам, что мечтают о детях, но по состоянию здоровья не могут их иметь. Эти семьи не требуют дополнительной мотивации и материального стимулирования. Им нужны технологии профилактики бесплодия и выкидышей. Традиционная гинекология занимается в основном лечением запущенных состояний, в том числе с помощью экстракорпорального оплодотворения. Но это уже крайний случай и очень дорогой. У большинства бесплодных пар нет серьезных органических повреждений, требующих сложного лечения. Имеется сниженное репродуктивное здоровье, приводящее к функциональному бесплодию в виде невозможности зачатия или невынашивания беременности. К счастью, такие состояния доступны профилактической коррекции и не требуют больших финансовых вложений. Система первичной медицинской профилактики бесплодия и преждевременных выкидышей малозатратна и доступна массовому приращению.

### *Литература*

**Антонов, А. И.**

1983. Снижается ли ценность детей? *Рождаемость: известное и неизвестное* / ред.-сост. П. П. Звидриньш (с. 70–79). М.: Финансы и статистика.

Б. г. Почему нельзя надеяться, что рождаемость повысится, когда в брак начнут вступать сегодняшние старшеклассники? *Демографические исследования* 2. Интернет-ресурс. Режим доступа: [www.demographia.ru](http://www.demographia.ru)

**Белова, В. А.** 1976. Некоторые аспекты изучения репродуктивного поведения. *Рождаемость: проблемы изучения*. Сб. статей / под ред. Л. Е. Дарского. М.: Статистика.

**Бесплодный брак** / отв. ред. В. И. Кулаков. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.

**Вишевский, А. Г. (ред.)** 2006. *Демографическая модернизация России, 1900–2000*. М.: Новое изд-во.

**Галимов, Ш., Галимова, Э.** 2005. Вымирающий пол – иллюзия или реальность? *Управление здравоохранением* 1–2: 35–41.

**Голод, С. И.** 1984. *Стабильность семьи: социологический и демографический аспекты*. Л.: Наука.

**Гундаров, И. А.** 2001. *Пробуждение: пути преодоления демографи-*

*чешской катастрофы в России.* М.: Центр творчества «Беловодье».

**Гундаров, И. А., Бойко, Н. Н.**

2003. Связь анемии беременных с уровнем социальной агрессивности. *Актуальные вопросы внутренних болезней. Материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной юбилею профессора*

*Л. Г. Фоминой* (с. 14–15). Челябинск.

2006. Влияние дефицита массы тела на вынашивание беременности (популяционное исследование). *Акушерство и гинекология* 6: 16–18.

**Демографические** ежегодники России. М.: Госкомстат России; Росстат, 1995–2008.

**Десять лет советской медицины.** М., 1928.

**Добровольский, Ю. А.** 1968. *Здоровье населения мира в XX веке.* М.: Медицина.

**Здравоохранение в России.** М.: Росстат, 2005; 2007.

**Каррузерс, М.** 2004. *Революция тестостерона.* М.: ГУ МДН.

**Крутько, В. Н., Смирнова, Т. М.** 2002. *Анализ тенденций смертности и продолжительности жизни населения России в конце XX века.* М.: УРСС.

**Кручинина, В.** 2008. Россияне кризиса не боятся. Их больше беспокоит здоровье близких. *Независимая газета.* 3 декабря.

**Кузьмин, А. И., Бадина, А. А.** б. г. Ценностные и репродуктивные ориентации молодежи: опыт сравнительного социологического анализа. *Демографические исследования* 2. Интернет-ресурс. Режим доступа: [www.demographia.ru](http://www.demographia.ru)

**Кулаков, В. И.** 2005. *Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации.* М.: ГЭОТАР-Медиа.

**Лисицын, Ю. П.** 1982. *Здоровье населения и современные теории медицины.* М.: Медицина.

**Лукашев, А., Акопян, А., Шиленко, Ю.** 2001. *Реформирование здравоохранения и медико-демографический прогноз.* М.: Оверлей.

**Лунеев, В. В.** 1997. *Преступность XX века. Мировой криминологический анализ.* М.: Норма.

**Медков, В. М.** 2004. *Демография:* учеб. пособие для вузов. М.: ИНФРА-М.

**Народонаселение.** Энциклопедический словарь / под ред. Г. Г. Меликьяна. М.: Большая Российская энциклопедия, 1994.

**Население** России за 100 лет (1897–1997). Госкомстат России. М., 1998.

**Потребление** продуктов питания в домашних хозяйствах в 1997–1999 гг. (по итогам выборочного обследования бюджетов домашних хозяйств). Госкомстат России. М., 2001.

**Производительные** силы Ярославской губернии. Труды 2-й губернской конференции по изучению производительных сил Ярославской губернии. Издание комитета Ассоциации по изучению производительных сил при Ярославской Губернской Плановой Комиссии (с. 331–338). Ярославль, 1928.

**Семья** в России. М.: Росстат, 2008.

**Синельников, А. Б.** б. г. Семейная жизнь и религиозность. *Демографические исследования* 2. Интернет-ресурс. Режим доступа: [www.demographia.ru](http://www.demographia.ru)

**Содружество** Независимых Государств в 2007 г. М., 2008.

**Социально-демографические** исследования семьи в республиках Советской Прибалтики / под ред. П. Гулян. Рига: Зинатне, 1980.

**Тер-Аванесов, Г. В.** 2002. *Андрологические аспекты бесплодного брака*. Дис. ... д-ра мед. наук. М.

**Чижевский, А. Л.** 1976. *Земное эхо солнечных бурь*. М.: Мысль.

**Юрьев, Е.** 2007. России нужна долгосрочная демографическая программа. *Российская Федерация сегодня* 2: 38–39.

**Andersen, A., Jensen, T., Carlsen, E.** 2000. High frequency of sub-optimal Semen Quality in an unselected population of young men. *Human Reproduction* 15: 366–372.

**Auger, J., Kuntzmann, J., Czyglik, F., et al.** 1995. Decline in Semen Quality among fertile men in Paris during the past 20 years. *New England Journal of Medicine* 332: 281–285.

**Carlsen, E., Giwercman, A., Keiding, N., Skakkebaek, N.** 1992. Evidence for Quality of Semen during past 50 years. *British Medical Journal* 305: 609–613.

**Laumann, E. O., Paik, A., Rosen, R. C.** 1999. Sexual dysfunction in the United States. *Journal of the American Medical Association* 281: 537–544.