

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ БЕСПЛОДНОГО БРАКА

Проблема бесплодного и бездетного брака является наиболее актуальной в медико-социальном плане, требующей решения ряда глобальных вопросов. Определение «бездетный брак» включает, по существу, и бесплодный, поскольку в силу неспособности к зачатию или невынашиванию беременности в семье нет детей. В социальном отношении это единая проблема, хотя в медицине и решаемая по-разному. В этиологии и патогенезе бесплодие и невынашивание беременности имеют много общего, и это уже сегодня является основанием для проведения комплексных медико-биологических исследований бездетного брака в широком масштабе.

Принципиальное значение для благоприятного исхода борьбы с бесплодием и невынашиванием беременности имеет определение понятий бесплодного и бездетного брака. Мы считаем, что однозначным определение такого брака не может быть, оно приемлемо только в градации по времени и в зависимости от исходного состояния здоровья супругов. Так, в возрасте супругов до 25 лет, если один из супругов имеет или имел заболевания половой сферы, брак следует считать бесплодным после одного года супружеской жизни без предохранения от беременности. Если хотя бы один из супругов старше 30 лет, даже если они и не имели генитальной патологии, также следует определять брак бесплодным после одного года половой жизни, а у здоровых супругов до 30-летнего возраста — после двух лет супружеской жизни. Едва ли целесообразно в настоящее время удлинять срок бесплодия до трех лет, а тем более до пяти.

В специальной медицинской литературе, в частности, акушерско-гинекологической, понятие «бездетный брак» встречается крайне редко и касается тех браков, где наблюдаются беремен-

ности, осложненные невынашиванием, мертворождением или ранней детской смертностью. В практической медицине отсутствует четкое определение понятия «бездетный брак», нет единого мнения, при каком количестве самопроизвольных абортов или преждевременных родов, закончившихся мертворождением или ранней детской смертностью, считать брак бездетным. Мы определяем бездетным такой брак, при котором нет детей в связи с бесплодием супругов, либо первая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем в любом сроке или преждевременными родами с гибелью ребенка вследствие недоношенности. Если произошло самопроизвольное прерывание первой беременности, то с этого момента каждую супружескую пару следует считать бездетной, ставить на диспансерный учет и осуществлять все положенные при «бездетном браке» диагностические и лечебные мероприятия. Нельзя откладывать обследование и лечение супружеской пары при любом ее возрасте даже на год.

Таковы определения бесплодного и бездетного браков.

Бесплодный и бездетный браки по своей практической многозначности могут рассматриваться как социальная, социально-психологическая, биологическая, медико-генетическая и медицинская проблемы [7, 8, 16]. Остановимся кратко на сути каждой.

В сугубо социальном плане бесплодие, как и бездетность, обуславливают общее снижение рождаемости в стране, уменьшение народонаселения и трудовых резервов, что имеет большое государственное значение.

Социально-психологический аспект данной проблемы выражается в целом ряде негативных сторон жизни нашего социалистического общества. При подобных браках нередко возникают личные душевные переживания, семейные конфликты, огрубление нравов, увеличение форм антисоциального поведения (внебрачные связи, алкоголизм), усугубление эгоистических черт характера, ощущение неполноценности личности. Следует признать, что немалый процент неустойчивых браков и полного их расторжения связан с отсутствием детей. Кроме того, обследование и лечение, продолжающиеся порой годами, наносят общественно-государственный и личный материальный ущерб, а если учесть здоровье и работоспособность виновников бесплодного или бездетного браков — еще больше возрастает социально-общественная и личностно-психологическая значимость данной проблемы.

Биологическая сторона этой проблемы также весьма существенна. Общеизвестен факт, что раннее наступление старения организма находится в прямой связи с репродуктивной функцией его: бесплодие не молодит, а старит организм; многодетность при благополучных социальных условиях увеличивает продолжительность жизни. Нельзя забывать и то обстоятельство, что причины бесплодия, особенно нелеченного, продолжают действовать и далее увеличивают число патологических состояний организма. Кроме того, у лиц, длительно страдающих бесплодием, увеличивается возможность развития опухолей.

В медико-генетическом отношении проблема бесплодия также заслуживает большого внимания, поскольку ряд причинных факторов бесплодия генетически закрепляются в рождающемся поколении. Не исключается увеличение частоты наследственной патологии, особенно ближайшей, передаваемой от матери и отца. Следует учитывать и то обстоятельство, что в процессе обследования и лечения бесплодного и бездетного браков, в силу недостаточности наших знаний, возможно возникновение патологических и неполноценных мутаций, которые отрицательно скажутся на последующих поколениях.

Сугубо медицинская значимость проблемы определяется необходимостью решения целого ряда важнейших принципиальных вопросов. Прежде всего, в научной разработке и практическом применении известных научных положений до сих пор еще отсутствует системный подход. К великому сожалению, в практическом здравоохранении продолжает бытовать односторонняя оценка бесплодия — только через женский организм, игнорируя мужской. В результате ограничиваются однопричинностью генеза бесплодного или бездетного брака, используя это положение при выборе методов терапии. Последняя зачастую является только симптоматической или этиотропной, а не достаточно патогенетической, и тем более, не системной.

Важным разделом медицинской стороны проблемы является организация и проведение в широком государственном масштабе истинной профилактики бесплодного и бездетного брака. Несомненно, что полноценное обследование бесплодного брака должно быть комплексным с учетом значения в генезе его отдельных звеньев системы, регулирующей половую функцию, и смежных с ней гомеостатических систем. Тогда и терапия приобретает характер системно-патогенетической и будет максимально результативной соответственно нашим научным знаниям данной проблемы.

Происхождение и причинность бесплодного брака многообразны и требуют особого и тщательного осмысливания при постановке диагноза и выбора лечения [3, 6, 13, 14, 15]. Мы нашли практически удобным разделить все причины на две группы — 1) отдаленные или предшествующие причинные факторы, вызвавшие нарушения в системе, регулирующей половую функцию и 2) ближайшие или непосредственные причинные факторы, исключающие возможность, либо препятствующие оплодотворению или nidации оплодотворенной яйцевой клетки. В каждой группе, в свою очередь, выделяется 7 подгрупп, дифференцированно для женщин и мужчин, что представлено в табл. 1. Дадим некоторые пояснения к ней.

Среди отдаленных причин нарушений полового развития наследственные обычно обусловлены или возникают вследствие антенатально действовавших агентов. Перенесенные заболевания во время беременности, особенно инфекционные, угроза прерывания беременности и токсикоз; применение нерациональной терапии или лекарств тератогенного действия; производственные и бытовые (алкогольные) интоксикации — вот неполный перечень возможных факторов, антенатально отрицательно действующих на плод, обуславливающих пороки развития или недоразвитие половых органов.

Следующая подгруппа причин, близкая по своему характеру к предыдущей, возникает постнатально, в промежутки от рождения до наступления половой зрелости, т. е. охватывает четыре периода жизни девочек и мальчиков (новорожденности, детства, пред- и пубертатный). В эти периоды жизни нередко наблюдаются анатомо-функциональные нарушения в развитии и становлении половой системы вследствие хронических инфекций, особенно таких, как ангина, паротит, грипп, эндокринно-обменных заболеваний, значительных физических и психических нагрузок и стрессовых ситуаций.

Функциональное бесплодие, возникающее в репродуктивный период жизни человека, чаще обусловлено нейро-эндокринной патологией [5, 9, 10, 11, 15, 17, 18, 19, 20, 21]. При этом может быть снижена гонадотропная активность системы гипоталамуса и гипофиза или нарушена цикличность деятельности этого звена в системе, регулирующей половую функцию. Подобные нарушения являются результатом перенапряжения центральной нервной системы вследствие стрессовых ситуаций, травмы, переутомления, длительного применения гормональных контрацептивов, седативных препаратов и др.

Таблица 1

Причины бесплодного брака

Отдаленные (предшествующие)	Ближайшие (непосредственные)	
	со стороны женщины	со стороны мужчины
1. Врожденные пороки полового развития	1. Агенезия или дисгенезия гонад; гипоплазия, гипертекоз, склерокистоз их; синдром тестикулярной феминизации; врожденный адено-генитальный синдром, синдром Рокитанского-Кюстнера, аплазия вагины (генез бесплодия—ановуляция, недоразвитие, отсутствие матки, влагалища)	1. Крипторхизм, монорхизм, анорхизм, синорхидия, гипоплазия яичек. Синдром Клайнфельтера. Синдром Дель Кастильо. Патология хромосом в мейозе. Врожденные аномалии в предстательной железе, семенных пузырьках, семявыносящих протоках, варикоцеле, гипоспадия
2. Постнатальные анатомо-функциональные нарушения в развитии и становлении половой системы (первичное поражение яичников, яичек)	2. Гипофункция или дисфункция яичников, постнатальный адено-генитальный синдром и склерокистоз яичников (генез бесплодия—ановуляция, половой инфантилизм, функциональная неполноценность труб)	2. Гипогонадизм первичный, постнатальный (различные формы патологии сперматогенеза)
3. Функциональные и органические поражения центральной нервной системы, гипоталамо-гипофизарной области (с вторичным поражением функции яичников и яичек и изменениями генитального аппарата)	3. Синдром Шихана, Симмондса, Форбса-Олбрайта, Киярри-Фромеля, болезнь Иценко-Кушинга; синдром Иценко-Кушинга, аменорея Цондека, адипозо-генитальная дистрофия; синдром гиперстимуляции яичников, синдром гиперторможения яичников (генез бесплодия—II ановуляция, гипотрофия генитального аппарата, функциональная неполноценность труб)	3. Гипогонадизм вторичный (гипо- или гипергонадотропный, недостаточность сперматогенеза — олигоспермия)

Отдаленные (предшествующие)	Ближайшие (непосредственные)	
	со стороны женщины	со стороны мужчины
4. Воспалительные заболевания половых органов	4. Непроходимость маточных труб или их функциональная неполноценность. Хронические эндометриты, эндоцервициты, оофориты с возможностью развития гипо- или дисфункции яичников или поствоспалительного склерокистоза их (генез бесплодия — непроходимость труб, ановуляция, нарушение капацитации)	4. Обтурация семявыводящих путей. Тестикулит, эпидидимит, простатит (аспермия, олигоспермия, патоспермия, аутоиммунный асперматогенез)
5. Хронические интоксикации инфекционного, профессионального и бытового характера	5. Гипоталамо-гипофизарно-яичниковая недостаточность (генез бесплодия—нарушения овуляции, функциональная неполноценность труб)	5. Гипоталамо-гипофизарно-тестикулярная недостаточность (азооспермия, некро- и олигоспермия)
6. Иммунологический конфликт	6. Антияйцеклеточный и антиспермальный иммунитет (сперматогенные, спермоагглютинирующие, спермоиммобилизирующие антитела)	6. Аутоиммунный асперматогенез поствоспалительного происхождения
7. Травмы половых органов	7. Деформации шейки матки, разрывы промежности, выпадение матки и неправильное ее положение (загиб), свищи	7. Повреждение яичек и полового члена с нарушением их функции и проходимости семявыносящих путей

Большое число бесплодных браков связано с перенесенными супругами воспалительными заболеваниями половых органов. Следует признать ошибочным широко распространенное мнение о том, что воспаление половых органов приводит только к механическому бесплодию вследствие непроходимости труб или семявыводящих протоков. После длительного, особенно рецидивирующего воспалительного процесса, остаются значительные функциональные изменения в гонадах, трубах, матке. Нередко наблюдается устойчивое бактерионосительство в половых путях, что обуславливает стойкое бесплодие. Кроме того, хронические воспалительные процессы гениталий иногда ведут к дисфункции гипоталамо-гипофизарной системы и вторичной гиподисфункции гонад [11].

Среди причин бесплодного брака, связанных с хроническими интоксикациями инфекционного, профессионального и бытового характера, можно указать на алкоголизм, никотиновое отравление при значительном и длительном курении, хронические заболевания гепатобилиарной системы и особые производственные вредности. Снижается генеративная функция у женщин, особенно начавших курить в юношеские годы, и у мужчин при постоянном сочетании курения и приема алкоголя даже в небольших дозах, но систематически. Действие этих ядов усугубляется при значительных умственных, физических и эмоциональных нагрузках.

Иммунологические факторы в происхождении бесплодия изучены пока недостаточно, хотя роль их бесспорна.

Травмы половых органов, обычно родовые и, реже, бытовые, являются причиной механического бесплодия, когда сперма не удерживается или не попадает в половые пути женщины и не проникает в матку.

Все перечисленные отдаленные причинные факторы, обуславливающие то или иное конечное звено в патогенетической цепи бесплодия, могут проявляться отдельно или в любой комбинации. Вот почему раскрытие причин и патогенеза бесплодного брака весьма трудно и требует от врача максимальной настойчивости, знаний, строго продуманного плана обследования и достаточного клинко-лабораторного оснащения [4, 10]. Определенным подспорьем в этом будет служить более детальная классификация бесплодного брака (табл. 2).

Классификаций бесплодия женского и мужского было предложено немало. Они отражали уровень знаний того времени, использовались в практике, да и сейчас не все устарели. Мы

нашли возможным дать развернутую, построенную на патогенетическом и временном принципах, классификацию бесплодного брака (табл. 2). Она отражает более широкое представление о бесплодии и найдет применение при постановке дифференциального диагноза.

Таблица 2

Классификация бесплодного брака

Принцип дифференцирования	Формы бесплодия
1. По временному	Первичное, вторичное Относительное (временное) Абсолютное (постоянное)
2. По половой принадлежности	Женское, Мужское, Обоюдное
3. По патогенезу	Генетическое Эндокринное Механическое Иммунологическое Смешанное
4. По органному или системному	Гипоталамо-гипофизарное Яичниковое Маточно-шеечное Трубное Тестикулярное Обтурационное вирильное Смешанное
5. По функционально-морфологическому	Анатомо-морфологическое Анатомо-функциональное Функциональное Функционально-трубное Смешанное

Прежде чем рассмотреть современные принципы диагностики и терапии бесплодного брака, остановимся на существующих и допускаемых пока стратегических и тактических ошибках в социальном и медицинском планах, обуславливающих и усугубляющих данную проблему (табл. 3). Что можно добавить к таблице?

Ошибки стратегического характера связаны с социальными вопросами жизни, с организацией научных исследований и ме-

**Номенклатура стратегических и тактических ошибок,
способствующих наступлению бесплодного брака**

Стратегические ошибки	Тактические ошибки
1. Откладывание наступления беременности на поздние сроки брачной жизни (доступность контрацепции) 2. Поздние браки (после 28—30 лет) как социальное явление 3. Искусственное прерывание первой беременности (молодость, нежелание иметь ребенка, социальные факторы) 4. Поздняя обращаемость к врачу при отсутствии беременности и регулярной половой жизни в течение 3—5 лет и даже позже 5. Отсутствие возможности получить квалифицированную и специализированную консультацию в диагностическом и лечебном плане 6. Недостаточно широкое проведение реабилитации генеративной функции у гинекологических больных, что обуславливает в дальнейшем бесплодие 7. Нерациональные методы искусственного прерывания беременности, способствующие в дальнейшем наступлению бесплодия 8. Недостаточная научная разработка методов диагностики и лечения мужского бесплодия и организационных вопросов медицинского обслуживания больных бесплодием мужчин 9. Отсутствие строгого учета профессиональных и бытовых вредностей, обуславливающих бесплодие, и недостаточность проведения мер профилактики	1. Неполноценное обследование супружеской пары — сугубо врачебные ошибки, когда обследуется только один из супругов, чаще женщина 2. Отсутствие дифференциальной диагностики форм бесплодия 3. Нерациональная, непатогенетическая терапия. Недостаточная осведомленность о современных методах лечения 4. Отсутствие системного подхода как в диагностике, так и в терапии 5. Длительное, бессистемное и бесконтрольное лечение 6. Отсутствие четкой оценки эффективности и прогнозирования проводимой терапии 7. Неправильный выбор и назначение контрацептивов 8. Нерациональный подход к выбору терапии самопроизвольных выкидышей, что обуславливает в последующем бесплодие 9. Недостаточное и нерациональное лечение мужского бесплодия

медицинского обслуживания. Так, например, откладывание беременности на более поздние сроки брачной жизни зависит от личных побуждений и доступности методов контрацепции широким

массам населения. Поздние браки определяются зачастую социальной структурой жизни молодого поколения (учеба, армия), нежеланием связывать себя семьей и т. д. Эти же факторы нередко играют роль в искусственном прерывании первой беременности, тем более, что это вполне доступно в настоящее время. Поздние обращения к врачу по поводу бесплодия отражают, с одной стороны, нежелание иметь детей в начале супружеской жизни по целому ряду причин, в том числе, и социальным, а с другой — незнание, неосведомленность о возможных последствиях длительного предохранения от беременности. Остальные стратегические ошибки связаны с недостатками в системе организации медицинской специализированной помощи и отсутствием новых, более щадящих способов прерывания беременности, а также методов диагностики и лечения бесплодия.

Тактические ошибки связаны, в основном, с неправильным, неполноценным, бессистемным, неквалифицированным и нерациональным медицинским обслуживанием супружеских бесплодных пар. В таблице перечислены и наиболее часто встречающиеся врачебные тактические ошибки. Обратим особое внимание только на некоторые из них. К сожалению, нередко наблюдается в практике обследования и лечения бесплодия существенная тактическая ошибка — не проводится обследование фертильности спермы мужа (если женщина имеет явную патологию, приводящую к бесплодию), считают, что причина бесплодного брака связана с женщиной и только с ней. Почему? А если муж тоже болен и нужно лечить одновременно и его? Вторая, также нередко допускаемая ошибка, заключается в том, что в процессе лечения бесплодия контролем эффективности его служит только наступление беременности, тогда как существует много тестов и проверочных методов, позволяющих оценивать результативность в процессе лечения. При этом допускается длительное и бессистемное лечение. При лечении некоторых форм бесплодия, особенно трубного, не предупреждается контрацептивками возможность наступления внематочной беременности, что еще больше осложняет терапию этой патологии.

Здесь кстати будет сказать и об ошибках, допускаемых в лечении самопроизвольных выкидышей, вследствие которых недонашивание переходит в бесплодие. Это — выскабливание остатков плодного яйца. После выкидыша обычно с опозданием начинается и проводится только симптоматическая, а не патогенетическая и системная терапия без одновременного обследования и лечения мужа. Кроме того, не учитывается, что лечить

бесплодие, наступившее после невынашивания беременности, значительно труднее.

В кратком изложении рассмотрим основные принципы диагностики и терапии бесплодного брака. Предлагались различные схемы обследования больных, страдающих бесплодием вообще и отдельными его формами. Довольно удобна нашедшая широкое применение в практике схема обследования И. С. Розовского [12], а также схема, рекомендованная научной группой ВОЗ для эндокринного бесплодия, и, казалось бы нет необходимости предлагать еще одну. Однако, анализируя большой клинический материал, мы сочли целесообразным для полноценной диагностики бесплодного брака дать нашу схему обследования (табл. 4). В ней нашли отражение ранее предлагаемые схемы других авторов [1, 4, 12, 15], но принципиально в ней положение, которого мы строго придерживаемся в нашей клинике, — определенная последовательность обследования женщины и мужчины на протяжении диагностического процесса и лечения. В схеме это четко представлено.

Первичный осмотр женщины, затем обследование мужа, далее следует совместное обследование супругов, после чего осуществляется детальное клинико-лабораторное обследование женщины, и потом в процессе диагностики и лечения или после него вновь повторяется совместное обследование супругов. Конечно, это — схема, отступления от нее допускаются в конкретных ситуациях, иногда параллельно обследуются женщина и мужчина, в других случаях — вначале муж. Мы считаем недопустимым не обследовать мужа, даже если в прошлом от него были беременности или у женщины имеется выраженная генитальная патология, определяющая ее бесплодие. В процессе обследования должны решаться вопросы прогнозирования бесплодия, даваться в исключительной ситуации рекомендации юридического плана и осуществляться коррекция нарушений в отдельных патогенетических звеньях бесплодия.

Следовательно, диагностический процесс должен быть быстрым и динамичным, продолжаясь во время терапии и контролируя ее. Диагностика должна исходить из принципов системного подхода, т. е. исследование половой функции и сопряженных систем необходимо проводить дифференцированно по звеньям или уровням регулирующей системы. В нашей гинекологической клинике модифицирована и широко используется для дифференциальной диагностики эндокринного женского бесплодия проба с кlostильбегитом (табл. 5). Использование диагности-

ческих методов и приемов следует строго обосновывать. Диагноз должен быть патогенетическим, топическим, системным. Таковы основные принципы диагностики бесплодного брака.

Терапия, как и обследование больных, страдающих бесплодием, требует принципиально особых врачебно-медицинских, общечеловеческих, юридических и социальных установок. Контингент этих больных обычно молодой, работоспособный и активный в обществе, с одной стороны, а с другой — психологически подавленный своей ущербностью в силу невозможности рождения детей. Зачастую они скрывают свою болезнь, особенно мужчины, поэтому психоэмоционально высокоранимы, как во время обследования, так и в период лечения. Тем более, что оформление больничных листов в этой группе больных сложно, обследование проводится за счет отпуска очередного или без содержания, и не всегда имеется возможность выполнять все назначения, рекомендованные врачом. Эти и подобные им издержки отрицательно действуют на психологию больных, нередко нарушают плановость лечения, делая его бессистемным и затяжным. Вот почему вопросы организации системы обследования и лечения, особо внимательное, дружеское, душевно располагающее отношение к данным больным, своевременное решение юридических и некоторых социальных вопросов приобретают большую терапевтическую значимость и, несомненно, будут определять результативность лечения.

Терапия больных, страдающих бесплодием, определяется формой его и потому весьма многообразна, что видно из схемы, представленной в табл. 6. Особого пояснения данная таблица не требует. Указанные в ней методы лечения, лекарственные и гормональные препараты используются в той или иной комбинации в зависимости от чистых и смешанных по патогенезу форм бесплодия. Это только схема лечения при бесплодном браке, а терапия больного есть творческий процесс, обязательно конкретный для каждой личности.

В данной статье рассматриваются основные обобщающие положения или принципы терапии. Вот некоторые из них.

Терапию следует начинать как можно раньше от начала половой жизни и выявления бесплодного брака, проводить ее поэтапно и комплексно. Эффективной может быть только этиотропная, патогенетическая и системная терапия, сопровождающаяся динамическим контролем за состоянием половой функции. В период лечения необходима временная контрацепция. Значимость этого положения подтверждается данными о наблю-

даемых внематочных беременностях или самопроизвольных выкидышах, происшедших во время лечения бесплодия в результате пренебрежения к указанной рекомендации. И еще одно важное принципиальное положение — в процессе лечения больных, страдающих бесплодием, врач должен ставить и решать вопросы прогнозирования брака и реабилитации генитальной патологии, дающей бездетность или бесплодие.

Значение прогнозирования, как и профилактики, в плане реабилитации генеративной функции принципиально важно не только для отдельной личности и семьи, но и в государственном масштабе. В широкой врачебной практике этому вопросу пока еще уделяется мало внимания, хотя имеется острая необходимость разработать карты прогнозирования результативности терапии по нозологическим формам бесплодия с учетом конкретных возможностей проведения обследования и лечения. Нужны объективные критерии для определения оптимальных начальных сроков и наиболее целесообразной продолжительности лечения при бесплодном браке с учетом возраста больных. Следует точнее определять показания к лечению, расширить возможности проведения искусственного оплодотворения, своевременно ставить вопрос о взятии ребенка на воспитание. Необходимость рационального решения подобных вопросов диктуется глобальным характером данной проблемы.

По значимости близко к этим вопросам стоят профилактика и реабилитация генеративной функции. При лечении больных с нарушениями полового цикла, будь то до замужества или после, в любом возрасте следует принять за правило и осуществлять обязательно еще один этап терапии, направленной на нормализацию репродуктивной функции — реабилитацию ее. Это будет профилактикой бесплодного брака, ее нужно проводить и у мужчин, перенесших заболевания половых органов. Течение наступившей беременности, родов и послеродового периода у бесплодных ранее женщин часто осложняется, что отрицательно влияет на плод. Кроме того, в последующем у этих женщин возможен рецидив тех нарушений, которые обусловили бесплодие, а дети, родившиеся от такого брака, могут иметь ближайшую наследственную патологию. Вот почему исключительно важно, особенно у женщин, перенесших эндокринное бесплодие, проводить реабилитационные мероприятия во время беременности и на протяжении ряда лет после нее. Целесообразно большинству женщин рекомендовать в ближайшие годы после окончания лечения повторную беременность и роды. Если последняя

наступает естественно, без врачебной помощи, можно считать законченной реабилитацию генеративной функции женщины.

Ребенок (особенно девочка), родившийся от первой беременности после лечения бесплодия, должен находиться под пристальным вниманием педиатра или детского гинеколога и более тщательно оберегаться от инфекций, стрессовых ситуаций, физических и умственных перенапряжений до периода половой зрелости. При необходимости в более старшем возрасте следует проводить профилактику будущего бесплодия или реабилитацию нарушенной генеративной функции.

Таковы принципиальные положения, раскрывающие современное состояние проблемы бесплодного брака.

Литература

1. Бескровная Н. И. и соавт. Акуш. и гин., 1981, № 2, с. 6—10.
2. Бодяжина В. И. Хронические неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов, М., 1978.
3. Давыдов С. Н. Трубное бесплодие, М., 1977.
4. Коренева Г. П. Акуш. и гин., 1981, № 2, с. 22—25.
5. Мануилова И. А. и соавт. В кн.: «Диагностика и лечение женского бесплодия». Сб. научн. трудов под ред. проф. Побединского Н. М. и проф. Черваковой Т. В., М., 1979, с. 101—102.
6. Мирзоян А. С. В кн.: «Диагностика и лечение женского бесплодия», Сб. научн. трудов под ред. проф. Побединского Н. М. и проф. Черваковой Т. В., М., 1979, с. 6—7.
7. Николов Н., Папазов Б. Бесплодие в семье, София, 1971.
8. Побединский Н. М. Акуш. и гин., 1981, № 2, с. 5—6.
9. Побединский Н. М. и соавт. Акуш. и гин., 1981, № 2, с. 10—12.
10. Побединский Н. М. и соавт. Акуш. и гин., 1981, № 2, с. 14—17.
11. Пшеничникова Т. Я. Эндокринное бесплодие у женщин, обусловленное функциональными нарушениями в системе гипоталамус—гипофиз—яичник. Автореферат докт. дисс., М., 1978.
12. Розовский И. С. Диагностика бесплодия, М., 1961.
13. Сызганова К. Н. Лечение трубного бесплодия, Киев, 1971.
14. Уоскин И. И. Женское бесплодие в условиях Сибири и Дальнего Востока.
15. Хейфец С. Н. Бесплодие эндокринного происхождения у женщин, М., 1970.
16. Червакова Т. В., Кузмина Н. А. В кн.: Диагностика и лечение женского бесплодия, М., 1979, с. 4—6.
17. Bettendorf G. et al.—In: Endocrinology of Sex. Ed. G. Dörner. Leipzig, 1974, p. 370—382.
18. Fraser S. et al.—Obstet. and Gynec., 1978, v. 51, p. 548—551.
19. Kemmann E. et al.—Am. J. Obstet. Gynec., 1977, v. 129, p. 145—149.
20. Parcoer L. N. et al., Clin. Endocr., 1978, v. 8, p. 1—5.
21. Varconi S. et al., Fertil and Steril., 1977, v. 28, p. 772—774.