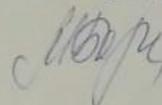


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой д.м.н., профессор



Базина М.И

РЕФЕРАТ
БЕСПЛОДНЫЙ БРАК

Выполнила:
клинический ординатор
Довыдова Е.М.

Красноярск, 2018.

Рецензия

На реферат по дисциплине «Акушерство и гинекология» клинического ординатора Довыдовой Е.М. на тему: «Бесплодный брак».

Актуальность данной работы обусловлена эпидемиологией данного заболевания, социально-экономической важностью. Автором рассмотрены классификация, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, тактика ведения пациенток и методы профилактики.

В работе полностью раскрыто содержание материала, материал изложен грамотно, в определенной - логической последовательности, продемонстрировано системное и глубокое - знание программного материала, знание современной учебной и научной литературы, точно используется терминология.

Четко соблюдены требования к оформлению реферата: титульный лист, оглавление со страницами, введение, основная часть, заключение, списки литературы, источников. В основной части работы автор последовательно и доходчиво излагает теоретический материал. Работа характеризуется высокой теоретической и практической значимостью для врачей акушеров-гинекологов.

Оценивая представленную работу, можно отметить тот факт, что автор стремился максимально подробно разобраться и изложить изучаемый теоретический материал и справился с поставленной задачей. Реферат написан хорошим литературным языком, проиллюстрирован и оформлен.

В целом работа выполнена на хорошем уровне, полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ и заслуживает оценки «отлично».

И.В.Смирнов

Содержание

- I. Введение
- II. Этиология и эпидемиология
- III. Классификация
- IV. Алгоритм диагностики бесплодия
- V. Трубное и перитонеальное бесплодие
- VI. Эндокринное бесплодие
- VII. Эндометриоз и бесплодие
- VIII. Маточные формы бесплодия
- IX. Иммунологическое бесплодие
- X. Шеечная форма бесплодия
- XI. Психогенное бесплодие
- XII. Мужское бесплодие
- XIII. Вспомогательные репродуктивные технологии
- XIV. Алгоритм лечения различных форм бесплодия
- XV. Список используемой литературы

Введение

Согласно определению ВОЗ (1993) бесплодным считают брак, при котором у женщины детородного возраста не наступает беременность в течение года регулярной половой жизни без применения контрацептивных средств. Причиной бесплодия могут быть нарушения репродуктивной системы у одного или обоих супругов. При этом женский фактор служит причиной бесплодия в браке в 45% случаев, мужской — в 40%, сочетанный — в 15% случаев.

Этиология и эпидемиология

Частота бесплодных браков, обуславливаемых теми или иными медицинскими причинами, в разных регионах России колеблется в пределах от 8 до 19%, оказываясь более высокой в крупных городах и промышленно развитых областях. При увеличении количества бесплодных браков до 15% общего числа семейных пар неблагоприятную демографическую ситуацию можно рассматривать как серьёзную проблему для здравоохранения, общества и государства.

Распространению бесплодия, в особенности ТПБ, во многом способствуют ИППП. Увеличение их частоты в последнее время обуславливают нарастающая тенденция к раннему началу половой жизни, сочетающаяся с недостаточной информированностью, семейная неустроенность, трудовая миграция, вынуждающая супругов к длительному раздельному проживанию, а также частая смена половых партнёров. Значительное место в структуре предрасполагающих к бесплодию факторов традиционно продолжают занимать гинекологические заболевания (хронические воспалительные процессы придатков и матки, кисты яичников, ММ, эндометриоз), последствия аборт и выкидышей, вредные

привычки, а также бесконтрольное применение гормональных и контрацептивных средств.

В современном индустриальном обществе увеличение частоты бесплодия связано и с всё более заметным воздействием неблагоприятной среды (загрязнение продуктами вредных промышленных производств, радиация и др.). Сама по себе бурная урбанизация негативно влияет на фертильность, что связывают как с повышенными стрессовыми нагрузками, так и с неблагоприятными экологическими факторами, особенно ярко проявляющими себя в условиях больших городов. Хронический стресс, связанный с давлением разнообразных социальных факторов, имеет очевидную связь с отклонениями гипоталамогипофизарной регуляции репродуктивной системы, провоцирующими возникновение эндокринного бесплодия.

Всё чаще женщины стремятся заводить детей после 30 лет, что объясняется их желанием в достаточной степени утвердить свои социальные позиции как будущей матери. Однако они не учитывают, что кумулятивный эффект многочисленных факторов риска бесплодия нарастает с возрастом как за счёт увеличения продолжительности их воздействия, так и вследствие присоединения всё новых причин, негативно влияющих на фертильность. К тому же сам по себе возрастной фактор ограничивает репродуктивный потенциал, что создаёт дополнительные трудности в лечении бесплодия, в особенности у пациенток старше 37 лет.

Медикобиологические последствия бесплодного брака прежде всего связаны с психологической неудовлетворённостью из-за нереализованного родительского потенциала. Такая неудовлетворённость нередко сопровождается развитием неврозов, психосексуальных расстройств, формированием комплекса неполноценности, снижением жизненной активности.

Наблюдаемый при бесплодии длительный психологический стресс может не только усугублять имеющиеся нарушения в репродуктивной системе, но и приводить к возникновению или утяжелению сопутствующих экстрагенитальных заболеваний, в особенности сердечнососудистых и обменноэндокринных.

К социальным последствиям бесплодного брака относят:

- снижение социальной и трудовой активности наиболее работоспособной группы населения на фоне психологической неудовлетворённости из-за невозможности реализации родительской функции;
- резкое повышение числа разводов, подрывающих в обществе институт семьи;
- усугубление неблагоприятной демографической ситуации в стране в целом.

Классификация

Различают следующие формы женского бесплодия:

- первичное бесплодие — отсутствие беременности в анамнезе;
- вторичное бесплодие — устанавливают при наличии беременности в прошлом;
- абсолютное бесплодие — возможность возникновения беременности естественным путём полностью исключена (при отсутствии матки, яичников, маточных труб, аномалиях развития половых органов);
- относительное бесплодие — сохранение фертильности до вступления в брак и после его расторжения, но невозможность иметь детей именно в рассматриваемом браке (очевидная причина относительного женского бесплодия — мужская инфертильность).

Кроме того, женское бесплодие подразделяют на врождённое (пороки развития, наследственно обусловленные нарушения гормонального контроля репродуктивной функции) и приобретённое (следствие неблагоприятного воздействия разнообразных внешних и внутренних причинных факторов на репродуктивную систему в постнатальном периоде).

Среди инфертильных женщин доли пациенток с первичным и вторичным бесплодием составляют соответственно 60 и 40%. Наиболее распространёнными причинами первичного бесплодия признаны ИППП, аномалии развития матки и маточных труб, а также врождённые и приобретённые (до начала половой жизни) нарушения нейроэндокринной регуляции репродуктивной системы. К вторичному бесплодию, связанному в основном с трубным и перитонеальным факторами, чаще всего приводят аборт и самопроизвольные выкидыши, а также спаечный процесс, возникающий после оперативных вмешательств на органах малого таза (при миоме, кистах яичников, внематочной беременности и др.) или на фоне хронического сальпингоофорита.

С клинической точки зрения наибольшее значение имеет классификация женского бесплодия, учитывающая патогенетические факторы инфертильности, поскольку именно на её основе определяют общую тактику ведения пациенток с целью достижения беременности. Согласно этой классификации, выделяют следующие варианты женского бесплодия:

- ТБП — органические или функциональные нарушения проходимости маточных труб в сочетании или без спаечного процесса в малом тазу;
- эндокринное бесплодие — овуляторные нарушения при отклонениях гормональной регуляции репродуктивной системы;
- маточные формы бесплодия — при патологии эндометрия (гиперплазия, полипы, синехии, аденомиоз), миоме, пороках развития матки, а также при наличии цервикальных факторов.

Эндометриоз целесообразно рассматривать в качестве отдельного фактора женской инфертильности. Патогенез бесплодия при эндометриозе гетерогенен и определяется локализацией и степенью распространённости гетеротопий, а также последствиями сопровождающего их хронического воспаления. Поэтому инфертильность при эндометриозе может проявляться в форме ТБП (при развитии спаек, функциональных и органических поражений маточных труб), внутриматочного (при аденомиозе) или цервикального (при поражении шейки матки) бесплодия. В ряде случаев при эндометриозе возникают овуляторные нарушения (особенно при образовании эндометриоидных кист яичников), т.е. развивается эндокринное бесплодие. В последнее время к вероятным причинам бесплодия при эндометриозе причисляют и иммунопатологические процессы, при которых может происходить нарушение рецептивных свойств эндометрия из-за его поражения аутоантителами и фагоцитоз или инактивация сперматозоидов активированными макрофагами (подробнее см. «Эндометриоз и бесплодие»).

Существование женского иммунологического бесплодия, обусловливаемого антиспермальными АТ, все ещё не находит убедительного подтверждения, несмотря на его традиционное выделение среди причин женской инфертильности во многих современных руководствах (смотрите пример классификации ниже). Сегодня можно утверждать, что выявление антиспермальных АТ у женщин не имеет сколько-нибудь заметной клинической значимости, поскольку частота их обнаружения в сыворотке крови, цервикальной слизи и перитонеальной жидкости даже у фертильных женщин может колебаться в пределах 5–65%. Это означает, что подтверждение наличия у пациентки с бесплодием антиспермальных АТ вовсе не указывает на иммунологическую причину

бесплодия, поскольку такие же АТ могут обнаруживаться и у значительного числа женщин без нарушения репродуктивной функции. Из этого следует, что в настоящее время разного рода иммунологические определения антиспермальных АТ у женщин могут быть исключены из числа диагностических методов, применяемых при обследовании инфертильных пациенток, причём без какого-либо ущерба для качества диагностики причинных факторов женского бесплодия и определения тактики его лечения.

*Другая классификация бесплодия:

I. По наличию беременностей в анамнезе: первичное и вторичное.

II. По возможности наступления беременности: абсолютное и относительное.

III. По механизму развития: врожденное и приобретенное.

IV. По длительности: временное, постоянное, физиологическое.

V. По этиопатогенезу:

1. Эндокринное бесплодие:

◆ ановуляция.

◆ недостаточность лютеиновой фазы: дисфункция гипоталамо-гипофизарной системы; гиперандрогения; гиперпролактинемия; хронические воспалительные процессы придатков матки; гипо- или гипертиреоз;

◆ синдром лютеинизации неовулировавшего фолликула.

2. Трубно и перитонеальное бесплодие: нарушение функции маточных труб; органическое поражение маточных труб; перитонеальная форма бесплодия.

3. Гинекологические заболевания с нарушением анатомо-функционального состояния эндометрия, не сопровождающиеся ановуляцией и непроходимостью маточных труб:

- внутренний эндометриоз;
- подслизистая миома матки;
- полипы эндометрия;
- гиперплазия эндометрия;
- наружный эндометриоз с образованием антиэндо-метриальных антител;
- повторные диагностические выскабливания слизистой оболочки матки;
- послеродовые и послеоперационные осложнения;
- действие химических и прижигающих веществ;
- эндометриты различной этиологии.

4. Иммунологическое бесплодие — образование антиспермальных антител.

5. Психогенное бесплодие.

6. Бесплодие неясного генеза.

Первичное бесплодие — бесплодие у женщин, живущих регулярной половой жизнью без предохранения, и не имевших ни одной беременности.

Вторичное бесплодие — беременность в прошлом наступала, но после этого отсутствует в течение 1 года регулярной половой жизни без предохранения.

Абсолютное бесплодие — возможность беременности полностью исключена (отсутствие матки, яичников и другие аномалии развития половых органов).

Относительное бесплодие — возможность беременности полностью не исключена.

Врожденное бесплодие — обусловлено наследственной и врожденной патологией (эндокринные заболевания, пороки развития половых органов).

Приобретенное бесплодие — чаще всего вторичное, связанное с перенесенными заболеваниями после рождения ребенка.

Временное (физиологическое) бесплодие — обусловлено преходящими факторами и наблюдается у женщин в препубертатный, постменопаузальный и лактационный периоды.

Постоянное бесплодие — присутствует постоянно (например, отсутствие маточных труб).

Отдельно выделяют:

Добровольно осознанное бесплодие — такой вид бесплодия, когда в силу социально-экономических или других факторов женщина сознательно не хочет беременеть и рожать не только второго, но и первого ребенка.

Вынужденное бесплодие — связано с определенными мерами по предупреждению деторождения.

Алгоритм диагностики бесплодия

- *1. Сбор соматического, гинекологического и репродуктивного анамнеза.
2. Общий осмотр.
3. Гинекологический осмотр.
4. Спермограмма мужа.
5. Общеклиническое обследование (общий анализ крови, биохимический, коагулограмма, RW, ВИЧ, HbsAg, анализ крови на глюкозу, группа крови и резус-фактор, общий анализ мочи).
6. Обследование на ИППП.
7. УЗИ органов малого таза.
8. Кольпоскопия.
9. Гистеросальпингография.
10. Функциональная диагностика деятельности яичников:
 - ◆ базальная температура 2—3 месяца;
 - ◆ гормональная кольпоцитология каждую неделю;
 - ◆ исследование феномена арборизации слизи ежедневно;
 - ◆ УЗИ на 12-14—16-й день цикла (определяют диаметр фолликула);
 - ◆ определение уровней эстрогенов, тестостерона, пролактин, ФСГ, ЛГ в плазме крови;
 - ◆ уровень прогестерона в крови и прегнандиола в моче на 3—5 день menses, в середине цикла и во 2 фазе;
 - ◆ уровень 17-КС в моче 2 раза в месяц.
11. Гормональные пробы.
12. Дополнительные исследования по показаниям:
 - а) гормональное обследование: кортизол, ДГЭА-С (дегидроэпиандростерон — сульфат), инсулин, Т3, Т4, ТТГ, антитела к тиреоглобулину;
 - б) иммунологические тесты (в более позднем источнике описана нецелесообразность данных тестов, смотри классификация бесплодия Гинекология - национальное руководство под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина 2009 г):
 - посткоитальный тест Шуварского—Гунера (см. раздел «Иммунологическое бесплодие»);
 - определение антиспермальных антител у женщин в слизи цервикального канала проводится в преовуляторные дни — определяются уровни Ig G, A, M;
 - проба Курцрока—Миллера — проникновение сперматозоидов в цервикальную слизь женщины в период овуляции;
 - проба Фриберга — определение антител к сперматозоидам с помощью реакции микроагглютинации;

- проба Кремера — выявление локальных антител у партнера во время контакта спермы с цервикальной слизью;
 - иммобилизационный тест Изоджима.
13. Осмотр маммолога, маммография.
 14. Рентгенография турецкого седла и черепа.
 15. Исследование глазного дна и полей зрения.
 16. Гистероскопия
 17. **Лапароскопия.**

ТРУБНОЕ И ПЕРИТОНЕАЛЬНОЕ БЕСПЛОДИЕ

Трубное бесплодие обуславливают анатомофункциональные нарушения маточных труб, перитонеальное — спаечный процесс в области малого таза. Из-за их частого сочетания у одних и тех же больных данную форму женской инфертильности часто обозначают одним термином — трубно-перитонеальное бесплодие (ТПБ). На долю ТПБ приходится 20–30% всех случаев женского бесплодия.

ЭНДОКРИННОЕ БЕСПЛОДИЕ

Эндокринное бесплодие — объединяет все состояния, связанные с нарушением процесса овуляции, что может выражаться синдромом хронической ановуляции, недостаточностью лютеиновой фазы и синдромом лютеинизации неовулировавшего фолликула. В структуре женского бесплодия частота его эндокринной формы, по разным данным, колеблется от 4 до 40%.

МАТОЧНЫЕ ФОРМЫ БЕСПЛОДИЯ

ЭТИОЛОГИЯ МАТОЧНЫХ ФОРМ БЕСПЛОДИЯ

Маточная форма бесплодия возникает при анатомических врожденных или приобретенных дефектах матки. Врожденные дефекты — пороки развития (отсутствие или недоразвитие матки, ее удвоения, седловидная матка, наличие перегородки в полости матки и т.д.). Приобретенные пороки — результат внутриматочных вмешательств (выскабливание полости матки, метросальпингография и др.) и воспалительных процессов эндометрия, приводящих к рубцовым деформациям полости матки, внутриматочным сращениям (синехиям).

Маточные формы бесплодия могут вызываться следующими заболеваниями и патологическими состояниями тела матки и эндометрия:

- гиперпластические процессы эндометрия;
- миома;
- аденомиоз (см. «Эндометриоз и бесплодие»);
- синехии;
- пороки развития матки;
- аномалии положения матки;
- инородные тела матки;
- патология шейки матки (цервикальные факторы бесплодия).

Иммунологическое бесплодие

Встречаются случаи, когда женщина и мужчина вполне здоровы, но беременность не наступает. Это может быть связано с их биологической или иммунологической несовместимостью.

Шеечная форма бесплодия

Возможна патология шейки матки анатомического (разрывы и деформации, полипы, атрезии вследствие конизации), воспалительного (эндоцервициты) и гормонального (шеечный фактор) характера.

Эти причины вызывают нарушение выработки и изменение структуры цервикальной слизи (которые, в частности, могут быть обусловлены выраженной гипоэстрогенией); при этом антитела к сперматозоидам в цервикальной слизи отсутствуют! При данной форме бесплодия нарушена и геометрия слизи (чаще встречается перекрест нитей слизи).

Психогенное бесплодие

Наблюдается при различных нарушениях психоэмоциональной сферы (чувство неполноценности, одиночества, истерия во время менструации), комплекс которых составляет «симптом ожидания беременности».

МУЖСКОЕ БЕСПЛОДИЕ

КОД ПО МКБ-10 N46 Мужское бесплодие.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Бесплодие у мужчин — проявление различных патологических состояний, а не их нозологическая форма. Однако за счёт чёткой очерченности и клинической значимости этот феномен приобрёл самостоятельное клиническое значение. Причина 40% бесплодных браков — нарушения в мужской половой системе, 45% — в женской и 5–10% — сочетание мужского и женского факторов infertility. Часто обследование не выявляет какихлибо изменений у супругов.

ЭТИОЛОГИЯ (ПРИЧИНЫ) МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Причины мужского бесплодия можно классифицировать, основываясь на природе патологических изменений (например, генетическая, эндокринная, воспалительная, травматическая) и их локализации (гипоталамус, гипофиз, яички, семявыводящие пути, органымишени андрогенов). Все этиологические факторы делят на три группы: претестикулярные, тестикулярные и посттестикулярные.

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

* Современные репродуктивные технологии лечения бесплодия:

1. Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО).
2. Перенесение гамет, эмбрионов в маточные трубы (ГИФТ,ЗИФТ).
3. Микроманипуляции на гаметах при лечении мужского бесплодия:
 - частичное рассечение зоны блестящей оболочки;
 - субзональное оплодотворение;
 - интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида (ИЦИС).
4. Вспомогательные методы репродукции с помощью донорских ооцитов и эмбрионов.
5. Суррогатное материнство (женщина-донор вынашивает генетического ребенка семьи-заказчика).
6. Криоконсервация сперматозоидов, яйцеклеток и эмбрионов.
7. Искусственная инсеминация спермой мужа или донора (ИСМ, ИСД).

Алгоритм лечения различных форм бесплодия

Нозологическая форма	Объем лечебной помощи	Сроки лечения
I. Бесплодие, связанное с нарушением овуляции:		
А. Гипоталамо-гипофизарная недостаточность (ГГН) ЛГ < 5 МЕ/л	I этап — подготовительный, заместительная, циклическая терапия эстрогенами и гестагенами.	3-6 мес.
	II этап — индукция овуляции с использованием прямых стимуляторов	3—6 мес, в зависи-
ФСГ < 3 МЕ/л E2 < 70 МЕ/л	ячников — менопаузальных гонадотропинов (хумегон, пергонал, метро-дин ВЧ, пурегон, гонал F, профази, прегнил).	мости от возраста женщины.
	Если индукция моноовуляции без эффекта — ЭКО с ПЭ на фоне ин-дукции суперовуляции.	до 6 мес.
Б. Гипоталамо— гипофизарная дисфункция (ГГД): ◆ яичниковая форма ◆ надпочечни-ковая форма	Подготовительная терапия синтетическими прогестинами (диане—35, марвелон).	3—6 мес.
	Подготовительная терапия глюкокортикоидами (преднизолон и др.) по 5—10 мг в сутки в зависимости от уровня андрогенов.	3-6 мес.
	При нормализации уровня андрогенов — стимуляция овуляции с помощью кломифенцитрата (кломистильбегита) под контролем УЗИ и уровня E2 в крови. При наличии фолликула 18—20 мм в диаметре — профази (прегнил) 5-Ю тыс. ЕД., однократно.	3—6 мес.
	При отсутствии эффекта от исполь-зования кломифен-цитрата—стимуляция овуляции ЧМГ (хумегон, пергонал, метродин ВЧ). Если гормоно-терапия неэффективна — оперативная лапароскопия. При отсутствии эффекта в течение 3-6 мес. — ЭКО с ПЭ.	3—6 мес.
В. Гиперпролактинемия	При отсутствии показаний для нейрохирургического лечения — препараты бромкриптина в зависимости от уровня пролактина под контролем базальной	6—24 мес.

	температуры и УЗИ	
	При нормализации уровня пролактина, стимуляция овуляции кломифена цитратом.	3 мес.
	При отсутствии эффекта — использование человеческого менопаузального гонадотропина или рекомбинантных гонадотропинов.	до 6 мес.
Г. Яичниковая недостаточность, связанная с гиперфункцией аденогипофиза (гипергnado-тропный гипогонадизм) ФСГ>20МЕ/л ЛГ > 30 МЕ/л	ЭКО с донацией ооцитов. Усыновление.	до 6 мес.
II. Бесплодие трубного генеза		
	Оперативная лапароскопия для восстановления проходимости маточных труб. Если беременность после операции в течение 6—12 месяцев не наступает, показано ЭКО и ПЭ. При отсутствии маточных труб или невозможности восстановления их проходимости ЭКО с ПЭ.	До 6 менструальных циклов.
III. Бесплодие маточного генеза		
А. Отсутствие матки	Суррогатное материнство или усыновление.	
Б. Аномалии развития матки	Если возможно, оперативное реконструктивное лечение.	
В. Синехии в полости матки	Рассечение синехии при гистероскопии с последующей терапией эстрогенами и гестагенами в циклическом режиме.	2—3 мес.
Г. Полипоз эндометрия	Удаление полипов эндометрия с последующей терапией гестагенами.	3 мес.
Д. Гипоплазия, аплазия эндометрия	Суррогатное материнство или усыновление.	
IV. Бесплодие шеечного генеза		
	Инсеминация спермой мужа или донора в физиологическом или индуцированном	до 6 мес.

	цикле.	
	При отсутствии эффекта — ЭКО с ПЭ.	до 6 мес.
V. Другие формы бесплодия		
А. Урогенитальная инфекция	Антибактериальная терапия с учетом возбудителя у мужа и жены.	
Б. Эндометриоз	Оперативная лапароскопия, гормонотерапия в послеоперационном периоде (данол, даназол, диферелин, золадекс).	до 6 мес.
В. Миома матки и бесплодие	В зависимости от размеров и расположения фиброматозных узлов — оперативное лечение (консервативная миомэктомия) или консервативная терапия с использованием агонистов ГнРГ (диферелин, золадекс). Далее — индукция овуляции в зависимости от гормонального фона. При отсутствии эффекта от лечения- суррогатное материнство или усыновление.	

Список литературы

1. Анохин, Л.В. Коновалов, О.Е. Погудин, А.А. (1991) Профилактика женского бесплодия. № 10 Фельдшер и акушерка. Москва. 171с.
2. Аншина, М.Б. (1995) История и эволюция методов лечения бесплодия №1 Проблемы репродукции. Москва С. 9-13.
3. Говорухина, Е.М. (1991) Организация работы женской консультации. №10 Фельдшер и акушерка. Москва. С 3-15.
4. Здановский, В.М. (2000) Современные подходы к лечению бесплодного брака: Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Москва.
5. Крутова, В.А. Ермошенко, Б.Г. (2005) Роль психологических факторов при бесплодии. №8 Успехи современного естествознания. С. 17-21.
6. Михалевич, С.И. (2002) Преодоление бесплодия (диагностика, клиника, лечение). Белорусская наука. Минск. 191с.
7. Пшеничникова, Т.Я. 1991. Бесплодие в браке. Медицина, Москва .320 с.
8. Репродуктивное здоровье. Бесплодие как медико-социальная проблема. (2000) Практическое руководство. Москва. 89с.

9. Старостина, Т.А. Размахнина, Н.И., Торганова, И.Г. (1996) Планирование семьи
Медицина. Москва. 78 с.

10. Шарапова, О.В. Баклаенко, Н.Г. Поспелова, Л.В. (2004) О проблемах аборт
в Российской Федерации и мерах по их профилактике. №1 Справочник фельдшера и
акушерки. Москва. С.7-17.

11. Юнда, И.Ф. Иванюта, Л.И. (1990) Бесплодие в супружестве. Здоровья. Киев. 200с.