

ԵՐԵՎԱՆԻ ՄԽԻԹԱՐ ՀԵՐԱՑՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ  
ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ՍԱՀԱԿՅԱՆ ԱՐՏԱԿ ՍԱՐԻԲԵԿԻ

ԱՆՊՏՈՒՂ ԱՄՈՒՍՆՈՒԹՅԱՆ ՏԱՐԱԾՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԵՎ  
ՊԱՏՃԱՌԱԳԻՏՈՒԹՅԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆԱԿԱՆ ԻՐԱՎԻՃԱԿԸ  
ԵՎ ԲԱՐԵԼԱՎՄԱՆ ՈՒՂԻՆԵՐԸ

ԺԴ.00.01- «Մանկաբարձություն և գինեկոյոգիա» մասնագիտությամբ  
բժշկական գիտությունների թեկնածուի գիտական աստիճանի հայցման  
ատենախոսության

**ՍԵՂՄԱԳԻՐ**

**ԵՐԵՎԱՆ 2018**

---

ЕРЕВАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ МХИТАРА ГЕРАЦИ

**ՏԱԱԿՅԱՆ ԱՐՏԱԿ ՏԱՐԻԲԵԿՈՎԻՉ**

**КЛИНИКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ  
И ЭТИОЛОГИИ БЕСПЛОДНОГО БРАКА И ПУТИ ЕЁ УЛУЧШЕНИЯ**

**ԱՎՏՈՐԵՓԵՐԱՏ**

Диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук по специальности  
14.00.01 – «Акушерство и гинекология»

Երևան – 2018

Ատենախոսության թեման հաստատված է Վերարտադրողական առողջության, պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի հանրապետական ինստիտուտի գիտական խորհրդի 15.01.2015 թվականի թիվ 1 նիստում:

Գիտական ղեկավար՝

ՀՀ ԳԱԱ ակադեմիկոս բժշկական գիտությունների դոկտոր, պրոֆեսոր  
Ռ.Ա.Աբրահամյան

Պաշտոնական ընդդիմախոսներ՝

բժշկական գիտությունների դոկտոր  
Գ. Ս. Ավագյան

բժշկական գիտությունների դոկտոր  
Է. Մ. Համբարձումյան

Առաջատար կազմակերպություն՝

«Բեգլարյան» բժշկական կենտրոն

Ատենախոսության պաշտպանությունը կկայանա «30» «03» 2018թ. ժ. 15.00-ին Մ.Հերացու անվան ԵՊԲՀ գործող ԲՈՀ-ի 061 «Մանկաբարձագինեկոլոգիայի և ուռուցքաբանության» մասնագիտական խորհրդի նիստում (ՀՀ, 0025, Երևան, Կորյունի 2):

Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ ԵՊԲՀ գրադարանում:

Սեղմագիրն առաքված է «27» «02» 2018 թ.

Մասնագիտական խորհրդի գիտական քարտուղար՝  
բժշկական գիտությունների դոկտոր, պրոֆեսոր

Տ.Գ.Ավագյան

---

Тема утверждена на заседании Республиканского института, перинатологии, акушерства и гинекологии от 15.01.2015. N 1.

Научный руководитель:

Академик НАН РА, доктор  
медицинских наук, профессор  
Р. А. Абрамян

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук  
Г. С. Авагян  
доктор медицинских наук  
Э. М. Амбарцумян

Ведущая организация:

Медицинский центр Бегларян

Защита состоится «30» «03» 2018 г. в 15:00 на заседании специализированного совета ВАК 061 по “Акушерству, гинекологии и онкологии” при Ереванском государственном медицинском университете им. М. Гераци по адресу: 0025, г. Ереван, ул. Корюна, 2.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ЕГМУ им.Гераци  
Автореферат разослан «27» «02» 2018 г.

Ученый секретарь специализированного Совета  
доктор медицинских наук, профессор

Т. Г. Авагян

## **Թեմայի արդիականությունը**

Անպտուղ ամուսնության հիմնախնդրի հաղթահարումը XXI դարի ոչ միայն բժշկական և սարքային հիմնախնդիր է, այլև սոցիալական, քանի որ անպտուղ ամուսնությունն անդրադառնում է ժողովրդագրական ցուցանիշների վրա, հանգեցնում բնական աճի կրճատման, հասարակության մեջ անհատի սոցիալական մեկուսացման և հոգեբանական դիսադապտացիայի, ծանր փսիխոսեքսուալ խանգարումների, ամուսնալուծությունների թվի ավելացման և իջեցնում է անհատի կյանքի որակը:

Անպտուղության հաճախականությունը տարբեր երկրներում տատանվում է 8-25 տոկոսի սահմաններում: Եվրոպական երկրներում այն 10% է, Ռուսաստանի Դաշնության տարբեր տարածաշրջաններում՝ 8-23%, Ղազախստանում՝ 10-15%, Ուկրաինայում՝ 15-17%, Չինաստանում՝ 12%, ԱՄՆ-ում՝ 6-15%, Կանադայում՝ 16%:

Գրականության մեջ նշվում է, որ անպտուղության պատճառը 40-50% դեպքերում գույգերից մեկի վերարտադրողական համակարգի, իսկ 25-30% դեպքերում ամուսնական գույգի ախտաբանությունն է:

Համաձայն Սեռական և վերարտադրողական առողջության եվրոպական ասոցիացիայի տվյալների՝ մասնագիտացված բժշկական կազմակերպություններում արձանագրված անպտուղ ամուսնությունների 42%-ը բաժին է ընկնում կանանց, 22%-ը՝ տղամարդկանց, 21%-ը զուգակցված է, 14%-ի դեպքում պատճառները բացահայտված չեն:

Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ բոլոր երկրներում անպտուղ ամուսնության կառուցվածքը և հաճախականությունը որոշվում է ըստ դիմելիության, ինչը չի տալիս տվյալ երկրում անպտուղության իրական պատկերը, Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը (ԱՀԿ) մարդու վերարտադրողական ծրագրի շրջանակներում երկրներին առաջարկում է իրականացնել համաճարակաբանական ուսումնասիրություններ, ինչը թույլ կտա որոշել անպտուղության հաճախականությունը տվյալ երկրում, պատճառագիտական կառուցվածքն ու նպաստող գործոնները, գնահատել անպտուղությամբ տառապող զույգերի հետազոտման և բուժման գոյություն ունեցող փորձն ու մեթոդները, հետազոտման և բուժման արդյունավետությունը, մշակել ու ներդնել անպտուղության հիմնախնդրի հաղթահարման ազգային ռազմավարություն և ծրագիր: Ուստի անպտուղության ախտորոշման, բուժման և հաղթահարման համար շատ կարևոր է դրա տարածվածության պատճառագիտության ուսումնասիրությունը, ինչպես նաև անպտուղ ամուսնության հաղթահարման ռեալ միջոց հանդիսացող վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների (ՎՕՏ) պահանջարկի հաշվարկը:

Բժշկության մեջ անպտուղ ամուսնության հիմնախնդիրն առանձնահատուկ է, քանի որ գործ ունենք միաժամանակ երկու անձի վերարտադրողական առողջության հետ, իսկ առողջությունն էլ պայմանավորված է բազմաթիվ գործոններով՝ շրջակա միջավայրով, մարդու վարքագծով, կենսակերպով, ուղեկցող հիվանդություններով, սննդով, սոցիալ-տնտեսական գործոններով, որոնց պարզաբանումն իսկապես պահանջում է համաճարակաբանական ուսումնասիրությունների իրականացում:

Մի շարք հեղինակների կարծիքով, անպտղության կառուցվածքում հիմնական պատճառը փոքր կոնքի բորբոքային հիվանդություններն են (ՓԿԲՀ)՝ պայմանավորված սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակներով (ՍՃՓՎ), էնդոկրին պատճառները, սեռական էնդոմետրիոզը և արական ամլությունը:

Անպտուղ զույգերի հետազոտման և բուժման ԱՀԿ-ի ծրագիրը բաղկացած է կլինիկական և ախտորոշման թեստերի հավաքածուից, որտեղ նշված է կանանց 21 և տղամարդկանց 19 գործոն: Ըստ այդ ծրագրի՝ անպտուղ ամուսնության կառուցվածքը դինամիկ գործընթաց է և կարող է տարիների ընթացքում փոփոխվել, օրինակ՝ փողաորովայնամզային գործոնները կարող են նվազել (մինչև 40%), մինչդեռ էնդոկրին (30-40%) և արական պատճառները (40-50%) կարող են աճել:

Գոյություն ունի անպտուղ ամուսնության մի քանի դասակարգում, ըստ որոնց՝ հնարավոր չէ հաշվի առնել մի քանի գործոնների միաժամանակյա ազդեցությունը և առաջատար գործոնի առանձնացումը, ինչն անհրաժեշտ է անպտուղ զույգի հետազոտման և բուժման տակտիկայի մշակման և կիրառման համար:

Այնուամենայնիվ, կանանց անպտղության կլինիկապաթոգենետիկական տարբերակներում առանձնացվում են՝ փողային, փողաորովայնամզային անպտղությունը՝ պայմանավորված ներքին սեռական օրգանների բորբոքային հիվանդություններով ու էնդոմետրիոզով, ներարգանդային ախտաբանությունը (էնդոմետրիումի հիպերպլաստիկ պրոցեսներ, բարակ էնդոմետրիում, ռեցեսպտացիայի խանգարում, արգանդի միոմա, ադենոմիոզ), զարգացման արատները, գենետիկական, էնդոկրին, աուտոիմուն պատճառները, ինչպես նաև անպտղության զուգակցված ձևերը և անհայտ ծագման անպտղությունը: Վերջին տարիներին կարևորվում են նաև բժշկասոցիալական գործոնները վերարտադրողական առողջության խանգարումների, այդ թվում անպտղության առաջացման ախտաճանության մեջ:

Համաձայն Սեռական և վերարտադրողական առողջության եվրոպական ասոցիացիայի և ԱՀԿ-ի տվյալների՝ արական ամլության հիմքում սպերմատոզենեզի խանգարումն է, ինչը դրսևորվում է էյակուլատի ցուցանիշների ախտաբանական շեղումներով՝ սպերմատազոիդների քանակի նվազմամբ (օլիգոզոսպերմիա) և սպերմատազոիդների շարժունակության իջեցումով (աստենոզոսպերմիա): Վերջիններիս պատճառը տղամարդու օրգանիզմի զանազան ախտաբանական պրոցեսներն են, մասնավորապես զարգացման արատները, կրիպտոխիզմը, էպիդեմիկ պարոտիտը, սեռավարակները, ստրեսները, վիրահատական միջամտությունները, որոնք բացասաբար են անդրադառնում սեռական գեղձերի վրա՝ առաջացնելով ամորձիների սերմնածորանների դիստրոֆիկ փոփոխություններ, խանգարելով սպերմատոզենեզը, և ամլության պատճառ են դառնում: Մի շարք հեղինակների տվյալներով, արական իդիոպաթիկ ամլությունը կազմում է շուրջ 30%:

Անպտղության դեպքում ախտորոշիչ և բուժական օգնությունը հիմնված է ռեպրոդուկտոլոգիայի հիմնարար նվաճումների վրա, որոնց թվին են պատկանում հորմոնային մեխանիզմների և ռեպրոդուկտիվ պրոցեսի

գնենտիկական կարգավորման բացահայտումը, գերծայնային հետազոտություն (ԳՁԿ), վիրահատական էնդոսկոպիան, ՎՕՏ-երը, որոնք թույլ տվեցին բարձրացնել ախտորոշման ու բուժման հնարավորություններն ու արդյունավետությունը: Այնուամենայնիվ, չնայած հետազոտման նորագույն մեթոդների կիրառմանը, 8-10% դեպքերում անհնարին է հայտնաբերել անպտղության պատճառը, ինչը պայմանավորված է գործոնների բազմազանությամբ և զուգակցմամբ:

Հայաստանում ժողովրդագրական ճգնաժամի և շարունակվող դեպոպուլյարիզացիայի պայմաններում օրախնդիր է դառնում բոլոր ռեսուրսներն օգտագործելով՝ ծնելիության բարձրացմանը նպաստելը: Այս առումով աշխարհի ցածր ծնելիություն ունեցող բոլոր երկրներում, այդ թվում՝ Հայաստանում, ծնելիության մակարդակի բարձրացման կարևորագույն ռեսուրս է համարվում անպտուղ ամուսնությունների թվի նվազումը, որի նվազագույն մակարդակը սահմանված է 8%, իսկ ճգնաժամային մակարդակը, որը հիմնախնդրին տալիս է համապետական, համազգային նշանակություն, 15% է: Անպտղության տարածվածության ցուցանիշը բոլոր երկրներում, այդ թվում՝ Հայաստանում, ստացվում է ներկայացուցչական ուսումնասիրությունների միջոցով: Վերջին 25 տարում Հայաստանում կատարվել է չորս նման հետազոտություն: 2014 թվականին կատարված չորրորդ ուսումնասիրության արդյունքները ցույց տվեցին, որ ներկայումս կանանց անպտղության տարածվածության ցուցանիշը կազմում է 14,9%, այսինքն՝ 2009 թվականի համեմատությամբ նվազել է մոտ 12%-ով, իսկ 1999-ի համեմատությամբ՝ շուրջ 2,2 անգամ: Տղամարդու ամուսնության ցուցանիշը 11,7-ից կրճատվել է 9,5%:

Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ անպտղության մակարդակը Հայաստանում դեռևս գտնվում է ճգնաժամային մակարդակի շրջանակում, իսկ ծնելիությունը նվազման միտում ունի, որոշվեց այս ատենախոսության մեջ, հիմնվելով համաշխարհային փորձի վերլուծության վրա, առաջարկել իրավիճակի բարելավման ուղիներ:

**Աշխատանքի նպատակն է՝** հայտնաբերել հայկական պոպուլյացիայում անպտղության տարածվածությունը, պատճառները, նպաստող գործոնները և մշակել կանխարգելման ու նվազեցման ուղիներ:

**Աշխատանքի խնդիրներն են.**

1. Գնահատել անպտղության հաճախականությունը և պատճառները ներկայացուցչական ընտրանքի, անկետային ակտիվ հարցման և հետազոտման միջոցով:

2. Հայտնաբերել վերարտադրողական խանգարումների վրա էական ազդեցություն ունեցող բժշկասոցիալական գործոնները, ինչպես նաև պատճառագիտական կառուցվածքը:

3. Գնահատել անպտղության տարածվածությունը՝ պայմանավորված բնակավայրով, կրթական և սոցիալ-տնտեսական իրավիճակով:

4. Ուսումնասիրել անպտղության պատճառները՝ պայմանավորված անպտղության տեսակով (առաջնային և երկրորդային):

5. Հաշվարկել անպտուղ զույգերի թիվը և ՎՕՏ-երի պահանջարկը Հայաստանում:

6. Օպտիմալացնել անպտուղ ամուսնության հետազոտման և բուժման ալգորիթմերը և հայտնաբերված պատճառների հիման վրա մշակել անպտուղության կանխարգելմանը վերաբերող նոր մոտեցումներ:

### **Գիտական նորույթը**

Վերջին 15 տարում առաջին անգամ իրականացվել է անպտուղության տարածվածության և պատճառների վերլուծություն՝ ըստ բնակության վայրի, տարիքի, կրթական և սոցիալ-տնտեսական գործոնների:

Հայտնաբերվել են կանանց և տղամարդկանց անպտուղության ռիսկի գործոնները, հաստատվել է, որ հատկապես առավել կարևոր են բժշկակենսաբանական և վարքագծային խանգարումները:

Առաջին անգամ հաստատվել է, որ հայկական պոպուլյացիայում առաջնային անպտուղության հիմնական պատճառը դաշտանային ֆունկցիայի խանգարումներն են, անատոմիական կառուցվածքն ու պոլիկիստոզ ձվարանների համախտանիշը, էնդոմետրիոզը, իսկ երկրորդային անպտուղության դեպքում՝ փողաորովայնամզային պատճառները՝ պայմանավորված սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակներով, հետաբորտային բարդություններով և սեռական էնդոմետրիոզի հետևանքով առաջացած կպումային պրոցեսով:

Հաստատվել են նաև կանանց և տղամարդկանց անպտուղության կլինիկական ձևերը, անպտուղության զուգակցված պատճառների առկայությունը, հայտնաբերվել է նեյրոէնդոկրին խանգարումների և սեռական էնդոմետրիոզի առաջատար դերը, ինչպես նաև փողաորովայնամզային գործոնների դեռևս բարձր հաճախականությունը:

### **Գործնական նշանակությունը**

Ստացված տվյալների հիման վրա մշակվել են անպտուղ ամուսնության հետազոտման ալգորիթմ և բուժական մեթոդների ընտրության մոտեցումներ պտղաբերության վերականգնման նպատակով:

Անպտուղ ամուսնության պատճառագիտական կառուցվածքի վերլուծությունը թույլ է տալիս հիմնավորել վաղ (ամուսնության առաջին տարուց հետո) նպատակային միջոցառումների, հատկապես ցուցումների դեպքում էնդոսկոպիական միջամտությունների կազմակերպման ու լայն կիրառման անհրաժեշտությունը հաճախակի պատճառ հանդիսացող էնդոմետրիոզի և փողաորովայնամզային պատճառների վաղ հայտնաբերման ու վերացման համար, ինչը կնպաստի պտղաբերության վերականգնման արդյունավետության բարձրացմանը: Մեր մշակած տղամարդու ամլության ռիսկի գնահատման սանդղակի կիրառումը թույլ կտա ձևավորել ամլության առաջացման առումով ռիսկի խմբերը և ժամանակին սկսել նպատակային հետազոտություններ տղամարդու ամլությունը հայտնաբերելու և անպտուղ ամուսնությունը հաղթահարելու համար:

### **Պաշտպանությանը ներկայացվող դրույթները**

1. Առաջնային անպտուղության դեպքում, անկախ բնակության վայրից, թե՛ քաղաքային, թե՛ գյուղական բնակավայրերի կանանց անպտուղության հիմնական

պատճառը դաշտանային ֆունկցիայի խանգարումներն են, անօվույացիան, պոլիկիստոզ ձվարանների համախտանիշը, իսկ երկրորդային անպտղության դեպքում՝ էնդոմետրիոզը և փողաորովայնամզային պատճառները:

2. Անպտուղ զույգերի 63%-ի շրջանում հայտնաբերվում են երկու և ավելի պատճառ, 32% դեպքերում՝ իգական և արական անպտղության պատճառների զուգակցում:

3. Վերջին երկու տասնամյակի ընթացքում առկա է անպտուղ ամուսնությունների հաճախականության կրկնակի նվազում, սակայն այն դեռևս մոտ է ճգնաժամային մակարդակին (14.9%) և պահանջում է անպտղության իջեցմանն ու կանխարգելմանն ուղղված նպատակային միջոցառումների իրականացում:

4. Երկրորդային անպտղության պատճառագիտության մեջ հիմնական դերը պատկանում է հղիության արհեստական ընդհատումներին և սեռավարակներին, մասնավորապես խլամիդիա տրախոմատոսիսին, ուրեալազմա ուրեոլիտիկումին ու միկոպլազմա հոմինիսին:

5. Անպտղության հաճախականության հավաստի տարբերություն ըստ կրթական մակարդակի ու սոցիալ-տնտեսական վիճակի չի հայտնաբերվել: Ատենախոսության նյութերի վերաբերյալ ՀՀ ԲՈՀ-ի կողմից գրախոսվող ամսագրերում տպագրվել է չորս գիտական աշխատանք:

#### **Ատենախոսության ծավալը և կառուցվածքը**

Ատենախոսությունը շարադրված է համակարգչային տեքստի 133 էջի վրա, կազմված է ներածությունից, գրականության տեսությունից, հետազոտության նյութի և մեթոդների նկարագրությունից, սեփական հետազոտության արդյունքների ներկայացումից, դրանց վերլուծությունից, եզրակացություններից, գործնական առաջարկներից և գրականության ցանկից, որտեղ ներառված է 213 աղբյուր, որոնցից 139-ը ռուսերեն է, 74-ը՝ անգլերեն: Ատենախոսությունը պարունակում է 21 աղյուսակ և 34 գծանկար:

#### **Վիճակագրական տվյալների վերլուծությունը**

Վիճակագրական տվյալների վերլուծությունն իրականացվել է բժշկագենետիկական հետազոտությունների համար նախատեսված ծրագրով՝ օգտագործելով վիճակագրական տվյալների մշակման SPSS, Graph Pad PRISM Software փաթեթները և վարիացիոն վիճակագրության ժամանակակից մեթոդները: Հաշվարկվել է միջին թվաբանական մեծությունը (M), ստանդարտ շեղումը (SD), միջին սխալը (SE): Համեմատվող տարբեր խմբերում հավաստիության տարբերությունը որոշվել է Ստյուդենտի (t) չափանիշով:

Մեծությունների միջև տարբերությունները համարվել են հավաստի  $p < 0,05$  (95% հավաստիության մակարդակ) արժեքի դեպքում, որոնք չէին ներառում մեկ միավոր (Confidence interval; 95% CI):

### **ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ**

**Հետազոտության նյութը և մեթոդները.** Հետազոտության նյութի ընտրանքն իրականացվել է բազմաստիճան, ստրատիֆիկացված, կլաստերային ընտրանքի մեթոդով:

**Ներկայացուցչական հետազոտության մեջ** ընդգրկել են Հայաստանի ընտրանքային համակցությունում ներառված 18 քաղաքների և 25 գյուղերի, 52 քաղաքային և 25 գյուղական կլաստերների 2315 տնային տնտեսությունների (SS )հարցաթերթային հարցումները: Հետազոտության հիմնական մեթոդը ակտիվ հարցման մեթոդն է՝ հիմնված այդ նպատակով կազմված հարցաթերթերով հարցման արդյունքների վրա: Օգտագործվել է երկու հարցաթերթիկ կանանց և տղամարդկանց համար առանձին, որոնք իրենց հերթին կազմված էին «Տնային տնտեսությունների բարեկեցությունը բնութագրող հարցաշարից» և «Անպտուղ թիրախային զույգի տղամարդու և կնոջ անհատական հարցաթերթից»:

Հարցաշարը հիմնված էր հետազոտության մոդելային գործիքների վրա և մշակվել էր SPSS ծրագրով: SS հարցաշարն ուղղված էր ընտրված տնային տնտեսության վերարտադրողական տարիքի (20-45 տարեկան) կանանց և (20-50 տարեկան) տղամարդկանց ամուսնական կարգավիճակի, հարցման մասնակից կանանց և նրանց ամուսինների/զուգընկերների կրթական մակարդակի, սոցիալ-տնտեսական իրավիճակի, սեռական վարքագծի, պտղաբերության, աբորտների (հղիության արհեստական ընդհատում), վերարտադրողական առողջության և այլ հարցերի մասին տվյալների հավաքագրմանը:

SS բարեկեցության բնութագրիչների հարցաթերթը բաղկացած էր հետևյալ բաժիններից՝ անհատական տվյալներ հարցման մասնակցի և ընտանիքում ապրող վերարտադրողական տարիքի կանանց ու տղամարդկանց մասին, ընդհանուր տեղեկություններ կրթության, տնտեսական իրավիճակի և սեռական վարքագծի, ընտանիքում երեխաների ցանկալի թվի, գիտելիքներ ընտանիքի պլանավորման և բեղմնականիչների կիրառման, սեռավարակների (այդ թվում՝ նաև ՁԻԱՀ, ՍՀՓՀ) տարածվածության, սեռական ակտիվության, անպտուղ ամուսնության կապակցությամբ հետազոտությունների ու բուժման մասին:

Անհատական հարցաթերթում ներառված էին նաև **անպտուղ զույգերի ժամանակակից մեթոդներով հետազոտման արդյունքում ստացված** տվյալները (ընդհանուր կլինիկալաբորատոր, գինեկոլոգիական հետազոտություն, զննում հայելիների միջոցով, արգանդի պարանոցի և հեշտոցի պարունակության բակտերոսկոպիական քննություն, սեռավարակների սկրինինգի, տրիխոմոնիազի, գարդներելայի, գոնոռեայի, խլամիդիա տրախոմատիսի, ուրեոպլազմա ուրելիտիկոմի և միկոպլազմայի նկատմամբ, ԼՀ, պրոլակտին, ՖԽՀ, Էստրադիոլի, 17 հիդրոօստիարոգեստերոնի մակարդակի որոշում կանանց արյան մեջ, փոքր կոնքի օրգանների, արգանդի, ձվարանների ԳՁՀ):

Ընդհանուր կլինիկալաբորատոր հետազոտությունները կատարվել են առաջնային բուժաօգնություններում՝ ըստ բնակության վայրի: **Սպեցիֆիկ հետազոտությունները կատարվել են** վերարտադրողական առողջության, պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի հանրապետական ինստիտուտի լաբորատորիաներում:

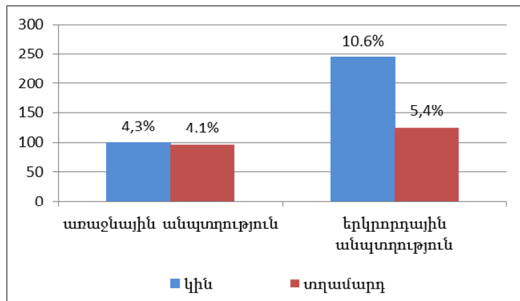


Վարչատարածքային բոլոր միավորներում հետազոտության ծրագրով նախատեսված հարցումները լիովին իրականացվել են, ինչը նշանակում է, որ ապահովվել է հետազոտության ներկայացուցչությունը: Փաստացի կատարված 2315 հարցումներն ապահովվել են ընդհանուր առմամբ 3472 ՏՏ դիտարկման արդյունքում: Կայացած հարցումների 67,2%-ը կամ 1553 հարցում ապահովվել է ի հաշիվ հիմնական ընտրանքի ՏՏ-ների, մնացած 32,8%-ը կամ 762 հարցում՝ ի հաշիվ պահուստի ընտրանքի ՏՏ-ների:

«Ձնագնդի» մեթոդով տեղեկություններ են հավաքագրվել նաև դիտարկման շրջանակում չներառված ՏՏ-ների թիրախային ամուսնական զույգերի մասին: Այս կերպ ընդհանուր առմամբ ստացվել են 344 և 61 թիրախային զույգերի տվյալներ, ուստի հետագա կլինիկալաբորատոր հետազոտության է ենթարկվել 405 անպտուղ կին:

**ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ ԵՎ ԴՐԱՆՑ ՔՆՆԱՐԿՈՒՄԸ**

Հարցման մասնակից 2315 կանանցից 344-ը (14,9%) անամենեզում նշել էր անպտղություն, ընդ որում, առաջնային անպտղություն, այսինքն՝ անամենեզում մեկ և ավելի տարի սեռական կյանքով ապրելու դեպքում երբևիցե հղիություն չէր ունեցել հարցման մասնակից կանանցից 99-ը (4,3%): Իսկ երկրորդային անպտղություն ունեցել էր 245-ը (10,6%) (Գծանկար 1):



**Գծանկար 1. Հարցման մասնակից կանանց և տղամարդկանց բաշխումը՝ ըստ անպտղության և ամլության տիպի**

Հարցման մասնակից տղամարդկանցից 221-ը (9,5%) անամենեզում նշում է ամլություն, ընդ որում, առաջնային ամլություն ունեն 96-ը (4,1%), երկրորդային՝ 125-ը (5,4%): Անպտղություն ունեցող 344 կին և 221 տղամարդ առանձնացվեցին որպես ֆոկուս խումբ: 109 (31,7%) ամուսնական զույգի մոտ հայտնաբերվեցին իգական և արական գործոններով պայմանավորված անպտղության զուգակցված պատճառներ: Դիտարկելով կանանց և տղամարդկանց անպտղության ցուցանիշներն ըստ անպտղության տեսակի՝ կարելի է նշել, որ կանանց առաջնային անպտղության ցուցանիշը 2,5 անգամ փոքր է երկրորդային անպտղության ցուցանիշից: Մինչդեռ տղամարդկանց դեպքում դրանք համարյա հավասար են, ինչը վկայում է կյանքի ընթացքում կանանց վերարտադրողական առողջության վատթարացման մասին (Գծանկար 1):

Հետաքրքիր օրինաչափություն է նկատվել հարցման ընդհանուր մասնակիցների և անպտղությամբ տառապողների տարիքային պատկանելիության առումով: Հարցման մասնակցածների 35 տարեկանից բարձր տարիքային խմբում կանանց և տղամարդկանց թիվը համապատասխանաբար 18,2% և 43,8% էր, մինչդեռ անպտղություն ունեցողների շրջանում 35-ից բարձր տարիքային խմբում կանայք և տղամարդիկ կազմում էին համապատասխանաբար 32,5% և 56,2%: Այսինքն՝ անպտուղ կանանց թիվը վերարտադրողական ավելի ուշ տարիքային խմբում մոտ 2,0 անգամ ավելի մեծ էր, քան հարցման մասնակիցների ընդհանուր թվում:

Հարցման մասնակցած ամուսնական զույգերի ընդհանուր թվից 1051-ը (45,4%) քաղաքաբնակ էր, 1264-ը (54,6%)՝ գյուղաբնակ: Ըստ բնակության վայրի՝ բարձր էր անպտղության դեպքերի հաճախականությունը Արարատում, Գեղարքունիքում, Լոռիում, Կոտայքում, Շիրակում, Սյունիքում, որտեղ տեսակարար կշիռը ընտրանքում գերազանցում էր ճգնաժամային 15% մակարդակը՝ տատանվելով 15,2-18,2%-ի սահմաններում: Համեմատաբար ցածր ցուցանիշ է արձանագրվել Արագածոտնում, Վայոց ձորում, Տավուշում (10,7%-13,2%), իսկ երևանում 14,3% էր:

**Ընդհանուր հարցման մասնակիցների և անպտուղ կանանց ու տղամարդկանց կրթական մակարդակի, եկամտի աղբյուրի, միջին վաստակի միջև էական տարբերություններ չեն հայտնաբերվել:**

Գերակշռող մասն ուներ միջնակարգ մասնագիտական ու բարձրագույն կրթություն, և միայն 4,3%-ը՝ հիմնական և ցածր: Ընտանիքների, այդ թվում անպտուղ ընտանիքների գերակշռող մասի (65%) եկամտի չափը չէր գերազանցում 100 000 դրամը, ամեն տասներորդի դեպքում՝ 200 000 դրամը:

Անպտուղ զույգերի ընտանեկան բյուջեի ուսումնասիրությունը ցույց տվեց, որ նրանց գերակշիռ մասը ի վիճակի չէ հաղթահարելու անպտղության հետազոտման ու բուժման, առավել ևս՝ ՎՕՏ ծախսերը անհրաժեշտության դեպքում:

Այն, որ անպտուղ ամուսնությունը հաճախ ամուսնալուծությունների պատճառ է դառնում, ապացուցում է ամուսնական զույգերի կարգավիճակի ուսումնասիրությունը: Անպտուղ կանանց շրջանում գրեթե 1,5 անգամ բարձր էր ամուսնացած, բայց առանձին ապրող կանանց թիվը:

**Առաջին սեռական հարաբերության և ամուսնության տարիքին առնչվող տվյալների վերլուծությունը ցույց տվեց, որ հիմնականում թե՛ առաջնային (87 կին կամ 87,9%), թե՛ երկրորդային (232 կին կամ 94,7%) անպտղությամբ տառապող կանայք առաջին սեռական հարաբերությունն ունեցել են 18-30 տարեկանում:**

Վաղ՝ մինչև 17 տարեկան հասակը սեռական հարաբերություն էր ունեցել առաջնային անպտղություն ունեցող կանանցից միայն 7-ը (7,1%): Այս ցուցանիշը մոտ 1,5 անգամ բարձր էր (11 կին կամ 4,5%) երկրորդային անպտղությամբ տառապողների համեմատությամբ: Հետևաբար վաղ սեռական կյանքը անգամ մեկ զուգընկերոջ հետ ռիսկի գործոն է առաջնային անպտղության զարգացման

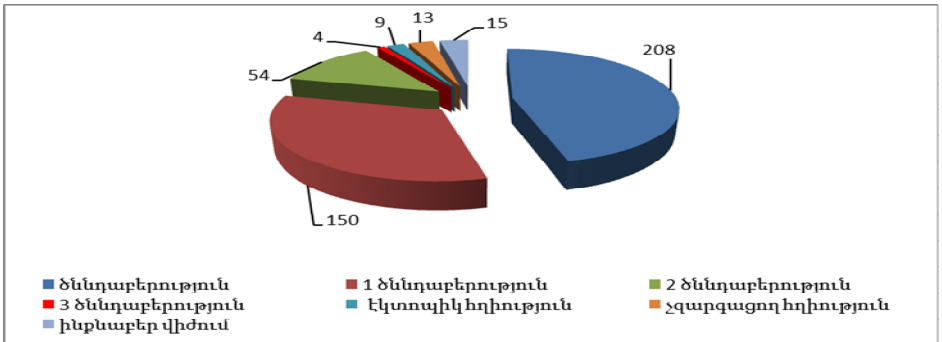
համար: Հետազոտվածների ճնշող մեծամասնությունը՝ 322 կին (93,6%), նշել էր բավարար հաճախականությամբ սեռական հարաբերություններ առանց հակաբեղմնավորիչների օգտագործման:

Ինչ վերաբերում է տևողությանը, ապա ճնշող մեծամասնության դեպքում (շուրջ 70%) անպտուղ ամուսնության տևողությունը գերազանցում էր երկու տարին, և հետազոտվածներից միայն 40-ի (12,0%) անպտղության տևողությունն էր մինչև երկու տարի: Ընդ որում, նրանցից 32-ը տառապում էր առաջնային անպտղությամբ, 8-ը՝ երկրորդային: Յուրաքանչյուր երրորդ հետազոտվածի (132 կին կամ 38%) ամուսնության տևողությունը 2-5 տարի էր, 108-ի (31,4%) ամուսնության տևողությունը հինգ տարուց ավելի էր՝ 6-23-ի միջակայքում

**Անպտուղ զույգերի մանկաբարձական անամնեզի ուսումնասիրությունը ցույց տվեց, որ** առաջնային անպտղության դեպքում հարցման մասնակիցները երբևէ հղիություն չէին ունեցել:

Երկրորդային անպտղություն ունեցող 245 կանանցից 208-ը (84,9%) ունեցել էր ծննդաբերություն՝ կենդանածնությամբ: Նրանցից 150-ը (72,1%) անամնեզում ուներ մեկ ծննդաբերություն, 54-ը (25,9%)՝ երկու, չորսը (1,6%)՝ երեք: Անամնեզում արտարգանդային հղիություն է նշել ինը կին (3,7%), չգարգացող հղիություն ունեցել էր 13-ը (5,3%), ինքնաբեր վիժումներ՝ 15 կին (6,2%): Չնայած հղիությունների դեպքերին՝ երկրորդային անպտղությամբ տառապող 42 կին երեխա չունեին: Նրանցից հինգի երեխաները մահացել էին մինչև հինգ տարեկան հասակը: Մեծամասնությունը՝ 145 կին, ուներ միայն մեկ երեխա: Երկրորդային անպտղության պատճառագիտության մեջ **որոշակի դեր ունի հղիության արհեստական ընդհատումը (աբորտը)**: Եթե առաջնային անպտղությամբ տառապող բոլորը կանայք ժխտել էին անամնեզում աբորտի առկայությունը, ապա երկրորդային անպտղությամբ տառապող յուրաքանչյուր երրորդը՝ 78 կին (31,8%) կատարել էր հղիության արհեստական ընդհատում, ընդ որում, միայն մեկ աբորտ նշել էր 63 կին (25,7%), երկու աբորտ՝ ինը կին (3,6%), երեք և ավելի աբորտ՝ հինգ կին (2,0%), հարցման մեկ մասնակից չէր ցանկացել պատասխանել (Գծանկար 2): **Ինչ վերաբերում է երեխաներ ունենալու հետագա պլաններին**, ապա երկու և ավելի երեխա ունեցող երկրորդային անպտղությամբ տառապող 57 զույգից 43-ը (75,4%) երեխա ունենալու պլաններ չունեին: 153 զույգ (76,2%) պլանավորում էր ունենալ ևս մեկ երեխա, երկու և ավելի երեխա ունենալու մտադրություն ուներ երկրորդային անպտղություն ունեցող 48 ամուսնական զույգ (23,8%):

Յուրաքանչյուր տասներորդ ամուսնական զույգի երեխաներ չցանկանալու պատճառը երեխաների բավարար թիվն էր: Մեծ տարիքով պայմանավորված՝ երեխաներ ունենալու մտքից հրաժարվել էր ընդամենը երկու զույգ, սոցիալ-տնտեսական գործոններով պայմանավորված՝ յուրաքանչյուր ութերորդ զույգը:



**Գծանկար 2. Երկրորդային անպտուղ զույգերի հղիությունների թիվը և ելքերը**

Սեռավարակների պատճառագիտական դերի մասին՝ նշենք, որ դրանցից շատերը որոշիչ նշանակություն ունեն վերարտադրողական բազմաթիվ ախտաբանությունների, այդ թվում անպտղության պատճառագիտության և ախտաճնության մեջ: Հետազոտության արդյունքները ցույց տվեցին, որ հարցման ամեն երկրորդ մասնակից անամնեզում ունեցել էր որևէ սեռավարակ կամ բորբոքային հիվանդություն: Մոտ 10%-ը չժխտեց, բայց և չհաստատեց սեռավարակներով վարակված լինելու փաստը:

Ուշագրավ է այն, որ հարցման մասնակից քաղաքաբնակները մոտ երկու անգամ ավելի հաճախ էին սեռավարակներ ունեցել, քան գյուղաբնակները:

**Համաձայն գրականության տվյալների՝ վերարտադրողական առողջության, հատկապես պտղաբերության վրա բացասական հետևանքներ են թողնում որոշ վտանգավոր սովորույթներ**, մասնավորապես ալկոհոլի, թմրանյութերի օգտագործումը, ակտիվ և պասիվ ծխելը, հիպոդինամիան ու ոչ ռացիոնալ սնվելը: Ինչպես ցույց տվեց ստացված արդյունքների վերլուծությունը, ընդհանուր հարցման մասնակիցների, այդ թվում անպտուղ կանանց շրջանում վտանգավոր սովորույթներ ունեցողները խիստ սակավաթիվ էին: Մինչդեռ մտահոգող են տղամարդկանց շրջանում նույնպիսի ուսումնասիրության տվյալները: Ամեն երկրորդ հետազոտված տղամարդ ծխում է, ընդ որում, 58%-ն օրական ծխում է 20 գլանակից ավելի: Առաջնային և երկրորդային անպտղություն ունեցող ամուսնական զույգերի կանանցից և ոչ մեկը չի նշել ալկոհոլի կամ թմրանյութի օգտագործման մասին: Կանայք զուգընկերոջ կողմից ալկոհոլի օգտագործում նշել էին 130 (37,8%) դեպքում, որոնցից 98-ը (75,4%), պատահական բնույթ ունեն:

**Ինչ վերաբերում է հղիանալու ցանկությանը**, ապա առաջնային և երկրորդային անպտղությամբ տառապող 301 (87,5%) կին փորձում էր հղիանալ, սակայն ապարդյուն, և միայն 43 (12,5%) կին հարցման պահին հղիանալու ցանկություն չուներ ընտանիքում բավարար թվով երեխաներ ունենալու պատճառաբանությամբ:

Սակավաթիվ էր երկրորդային անպտղություն ունեցող և հղիությունն ընդհատած այն կանանց թիվը, ովքեր օգտագործել էին **հակաբեղմնավորման ժամանակակից միջոցներ**: Անցանկալի հղիության կանխարգելման նպատակով միայն 75 (30,6%) կին էր երբևէ բեղմնականխիչ միջոցներ օգտագործել, ընդ որում, նրանցից 41-ն օգտագործել էր ավանդական բեղմնականխման միջոց՝ ընդհատված սեռական հարաբերություն: Հատուկ ուշադրության է արժանի հարցման մասնակիցներից հղիությունն ընդհատած և անպտուղ կանանց գիտելիքները ժամանակակից բեղմնականխիչ միջոցների վերաբերյալ: Կողմնակի, վտանգավոր ազդեցությունների վերաբերյալ սխալ կարծիք ուներ հարցման մասնակիցների ճնշող մեծամասնությունը՝ շուրջ 80%-ը:

**Անպտուղ կանանց շրջանում կատարված 405 համալիր հետազոտման արդյունքների վերլուծությունը ցույց տվեց, որ ճնշող մեծամասնությունը միաժամանակ մի քանի ախտաբանություն ունի:**

Հետազոտված ամեն հինգերորդ կնոջ մոտ (84 կին կամ 20,7%) հայտնաբերվեց արգանդի վզիկի որևէ ախտաբանություն՝ էնդոցերվիցիտ, էրոզիա, էկտրոպիոն, պատռվածքներ:

ԳՁԿ պարզվեց, որ յուրաքանչյուր ութերորդ հետազոտված (51 կին կամ 12,6%) արգանդի որևէ ախտաբանություն ուներ, ամենից հաճախ՝ ախտաբանական ռետրոֆլեքսիա և անտեֆլեքսիա (21 կին կամ 5,2%), արգանդի հիպոպլազիա (13 կին կամ 3,8%), արգանդի միոմա՝ հատկապես սուբմուկոզ տեղակայմամբ (14 կին կամ 4,1%), արգանդի խոռոչի պոլիպոզ (3 կին կամ 0,9%):

Հետազոտված ամեն հինգերորդ կնոջ մոտ (71 կին կամ 17,5%) հայտնաբերվեց ձվարանների երկկողմանի մեծացում՝ մանր կիստոզ կազմափոխմամբ, 13-ի մոտ (3,2%)՝ ձվարանների հիպոպլազիա, 35-ի մոտ (8,6%)՝ ձվարանների միակողմանի մեծացում կիստայի հետևանքով, ընդ որում, 18 դեպքում (4,4%) այն նկատվել է աջից, մնացած 11 դեպքում՝ ձախից:

**Համաձայն ստացված տվյալների՝ արգանդի և ձվարանների ախտաբանությունները ըստ բնակության վայրի (գյուղ/քաղաք) հանդիպել են նույն հաճախականությամբ:**

Ձվարանների՝ մանր կիստոզ/պոլիկիստոզ կազմափոխման հետևանքով մեծացումը քաղաքային վայրերում բնակվողների շրջանում 1,5 անգամ ավելի հաճախ է հայտնաբերվել, քան գյուղական վայրերում ապրողների:

**ՄՇՓՎ նկատմամբ հետազոտման են ենթարկվել անպտղություն ունեցող 226 քաղաքային և 179 գյուղաբնակ կանայք:** Կանանց գերակշռող մասի մոտ հայտնաբերվել են՝ բակտերիալ կոկեր (283 կին կամ 70,1%), գարդնեռելա (104 կին կամ 26,7%), սնկեր (89 կին կամ 21,97%), տրիխոմոնիազ (26 կին կամ 6,4%): Գոնորեա և սիֆիլիս չի հայտնաբերվել:

Անպտղության պատճառագիտության մեջ էական նշանակություն ունեն խլամիդային և միկոպլազմային վարակները: Խլամիդիա տրախոմատիս է հայտնաբերվել անպտղությամբ տառապող 75 (18,6%) կանանց շրջանում, ընդ որում, առաջնային անպտղությամբ տառապողների շրջանում վարակը կրողների թիվը գերակշռում է՝ 31 (24,8%) դեպք, իսկ երկրորդային անպտղությամբ տառապողներից 44-ը (14,6%) ունի խլամիդիա տրախոմատիս,

ինչը կարող է հանգեցնել խլամիդային սալպինգիտի և փողերի անանցանելիության: Փաստորեն, խլամիդային վարակի տարածվածությունը անպտուղ կանանց շրջանում 1,7 անգամ ավելի բարձր է պոպուլյացիայի համեմատությամբ:

**Ստացված արդյունքների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ բնակավայրով պայմանավորված (քաղաք-գյուղ) խլամիդային տարածվածության էական տարբերություն չի նկատվել:** Շատ բարձր է նաև ուրեապլազմա ուրեալիտիկումի (136 կին, 33,6%) և միկոպլազմա հոմինիսի (124 կին, 30,6%) տարածվածությունը անպտղությամբ տառապող կանանց շրջանում: Միկոպլազմային վարակը կարող է նպաստել բորբոքային հիվանդությունների, պրոստատիտի և սպերմային ֆերտիլության իջեցման: Այդ վարակները չեն հայտնաբերվել հետազոտված կանանց մեկ երրորդի մոտ, իսկ 2/3-ի դեպքում անգամ զուգակցվել են այլ վարակների հետ:

**Ինչ վերաբերում է արգանդափողերի վիճակին,** ապա ներկայացված 375 հիստերոսալպինգոգրաֆիայի ուսումնասիրությունից պարզվեց, որ արգանդափողերի տարբեր հատվածների խցանում (օկլյուզիա) և փոքր կոնքում կայունային պրոցես, անպտղության փողաորովայնամզային պատճառ հայտնաբերվեց 159 (42,4%) հետազոտված կնոջ մոտ: Մեծ մասամբ՝ 126 (73,3%) դեպքում, արգանդափողերի հիվանդությունները կապված էին բորբոքային պրոցեսի հետ և հաճախ ունեին երկկողմ բնույթ: Ամեն երկրորդ դեպքում ախտահարված էին արգանդափողերի ամպուլային հատվածները, մնացած դեպքերում՝ ինտերստիցիալ և մյուս հատվածները:

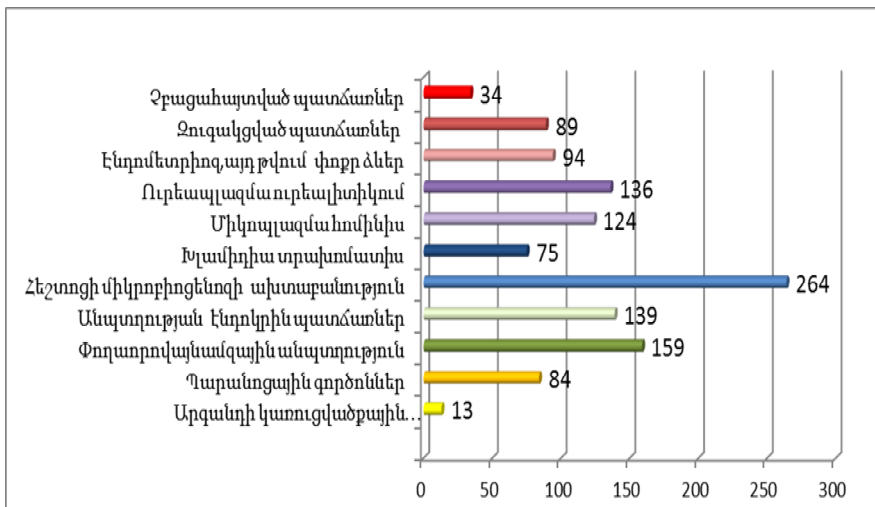
Փողերի անանցանելիություն ունեցող կանանց շրջանում հայտնաբերվեց վարակի բարձր ինդեքս՝ մոտ 2,3 ինֆեկցիա յուրաքանչյուր կնոջ հաշվով: Որպես հարուցիչներ՝ հետազոտված կանանց շրջանում հայտնաբերվել են վարակի տարբեր տեսակներ (մանրէներ, սնկեր, խլամիդիա, ուրեապլազմա, միկոպլազմա և այլն): Դրանք ունեն բազմաթիվ շտամներ և տեսակներ, որոնք հայտնաբերվել են առանձին կամ տարբեր ասոցիացիաների ձևով: Առավել հաճախ խլամիդիաները զուգակցվում էին ուրեապլազմա ուրեալիտիկումի, գարդներելայի, բակտերիաների, տրիխոմոնադների հետ:

**Անպտղության էնդոկրին պատճառներ են հայտնաբերվել հետազոտված 405 անպտուղ կանանցից 139-ի մոտ (34,3%):** Դրանք արտահայտված էին դաշտանային ֆունկցիայի և հորմոնային պրոֆիլի տարբեր խանգարումներով, դիսօվուլյացիայով և լյուտեինային փուլի անբավարարությամբ: Դիսօվուլյացիան ամեն երկրորդ դեպքում պայմանավորված էր պոլիկիստոզ ձվարանների համախտանիշով, ինչը հաստատվեց ձվարանների ԳՁՀ արդյունքում՝ հայտնի ախտանշանների հիման վրա: Անպտղության էնդոկրին պատճառների մասին են վկայում նաև հորմոնային հետազոտության արդյունքներով հայտնաբերված դիսբալանսը:

Անամնեզի, արգանդի և ձվարանների ԳՁՀ, կլինիկալաբորատոր, հիստերոսալպինգոգրաֆիայի տվյալների վերլուծությունը կասկած առաջացրեց, որ 98 կնոջ մոտ (24,2%) արգանդի և ձվարանների էնդոմետրիոզ կա, նաև՝ դրա

փոքր ձևերը, ինչը նշվել էր նաև կանանց անամենեզում՝ լապարոսկոպիական հետազոտության արդյունքում:

Անպտղության պատճառները 34 (8,4%) դեպքում չբացահայտվեցին: Կանանց անպտղության պատճառագիտական կազմը ներկայացված է 3-րդ գծանկարում:

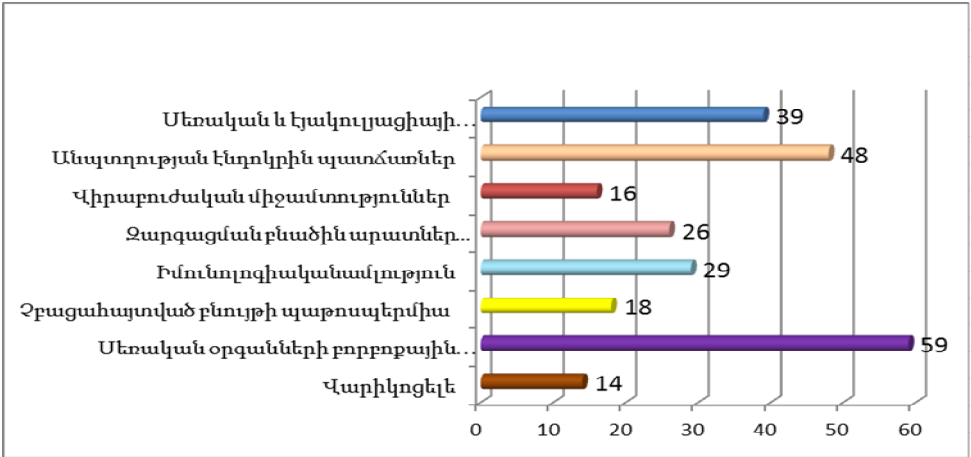


**Գծանկար 3. Կանանց անպտղության պատճառագիտական կազմը**

**Ծանոթություն\*:** Մեկ անհատի մոտ ախտաբանությունները հաճախ կարող են զուգակցվել:

**Հետաքրքիր առանձնահատկություններ հայտնաբերվեցին ամլություն ունեցող տղամարդկանց անամենեզի և հետազոտության արդյունքում:**

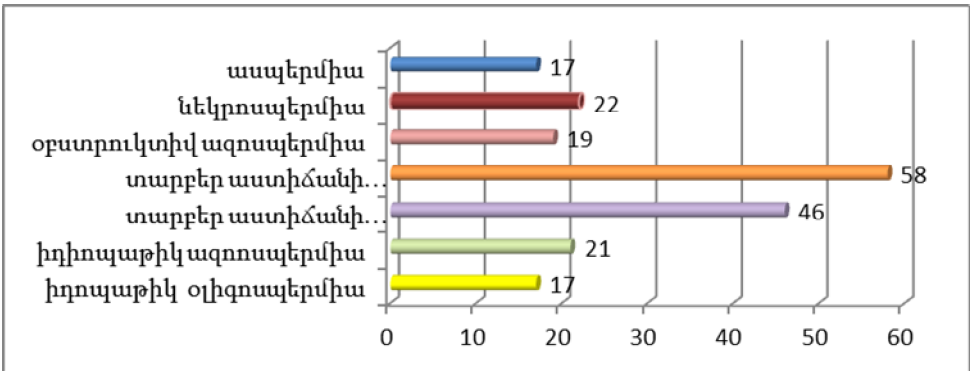
Ամլության պատճառ հանդիսացող գործոնների մեջ կարելի է **առանձնացնել դեռահասության տարիքում առաջին սեռական հարաբերության բարձր հաճախականությունը**, միջինը՝ ամուսնությունից  $6,9 \pm 0,2$  տարի առաջ, մինչդեռ կանանց առաջին սեռական հարաբերության և ամուսնության տարիքները համընկնում էին: Տղամարդիկ միջինը ունեցել են  $3,5 \pm 0,4$  զուգընկերուհի: Ամլություն ունեցող ամեն երկրորդ տղամարդ անամենեզում նշել է, որ ՍՃՓՎ է տարել, իսկ 37-ը (16,7%) հետազոտման պահին սեռավարակների նշաններ է ունեցել: Համալիր հետազոտության արդյունքում հաստատվեցին տղամարդու ամլության հիմնական պատճառները (Գծանկար 4):



**Գծանկար 4. Տղամարդկանց անլուծյուն պատճառագիտական կառուցվածքը**

**Ծանոթություն\*:** Մեկ անհատի մոտ ախտաբանությունները հաճախ կարող են զուգակցվել:

Սպերմոգրամայում հայտնաբերված ախտաբանական շեղումները ներկայացված են 5-րդ գծանկարում:



**Գծանկար 5. Սպերմոգրամայի ախտաբանական շեղումների բնույթը**



## ԵԶՐԱՀԱՆԳՈՒՄՆԵՐ

Ամփոփելով ստացված արդյունքները՝ կարելի է հանգել հետևյալ եզրահանգումների:

1. Ներկայացված հետազոտության մեջ ընդգրկված 2315 կանանցից 344-ը (14,9%) անամենեզում նշել էր անպտղություն: Ընդ որում, առաջնային անպտղություն (այսինքն՝ մեկ և ավելի տարի կանոնավոր սեռական կյանքով ապրելու դեպքում երբևիցե հղիություն չի ունեցել) ունեցել է 99 կին (4,3%), իսկ երկրորդային անպտղություն՝ 245 (10,6%):

2. Չնայած վերջին 15 տարվա ընթացքում անպտուղ ամուսնության հաճախականության ցուցանիշի շուրջ 2,2 անգամ կրճատում է արձանագրվել (1999թ.՝ 31,9%, 2014թ.՝ 14,9%), սակայն այն դեռևս մոտ է ճգնաժամային մակարդակին (15,0%) և պահանջում է նպատակային միջոցառումների իրականացում՝ ուղղված անպտղության նվազեցմանն ու կանխարգելմանը: Նույն ժամանակաշրջանում տղամարդու ամլությունը ավելի քիչ է կրճատվել՝ 11,7%-ից 9,5%:

3. Ըստ բնակության վայրի հետազոտությունը ցույց է տվել, որ բարձր է անպտղության դեպքերի հաճախականությունը Արարատում, Գեղարքունիքում, Լոռիում, Կոտայքում, Շիրակում, Սյունիքում, տեսակարար կշիռը ընտրանքում գերազանցում էր ճգնաժամային 15% մակարդակը՝ տատանվելով 15,2-18,2%-ի սահմաններում: Ցուցանիշը համեմատաբար ցածր էր Արագածոտնում, Վայոց ձորում, Տավուշում (10,7%-13,2%), ինչպես նաև Երևանում (14,7%):

4. Անպտղության հաճախականության հավաստի տարբերությունը ըստ կրթական մակարդակի ու սոցիալ-տնտեսական վիճակի չի հայտնաբերվել:

5. Առաջնային անպտղության դեպքում, անկախ բնակության վայրից (քաղաք/գյուղ), կանանց անպտղության հիմնական պատճառը դաշտանային ֆունկցիայի և էնդոկրին խանգարումներն են, անօվուլյացիան, պոլիկիստոզ ձվարանների համախտանիշը, իսկ երկրորդային անպտղության դեպքում՝ էնդոմետրիոզը և փողարովայնամզային պատճառները:

6. Երկրորդային անպտղության պատճառագիտության մեջ հիմնական դերը, անկախ բնակության վայրից, պատկանում է հղիության արհեստական ընդհատումներին, դրանց բարդություններին ու սեռավարակներին:

7. Անպտղության, հատկապես երկրորդային անպտղության առաջացման հաճախ հանդիպող պատճառներից են սեռավարակները, հատկապես խլամիդիա տրախոմատիսը, որը անպտղություն ունեցողների շրջանում 1,7 անգամ ավելի հաճախ է հայտնաբերվել, և միկոպլազմաների խումբը:

8. Ամեն երրորդ անպտուղ զույգի մոտ հայտնաբերվել է ուրեապլազմա ուրեալիտիկում և միկոպլազմա հոմինիս, որոնք նպաստում են միզասեռական համակարգի բորբոքային հիվանդությունների առաջացմանը և զգալիորեն նվազեցնում են սպերմայի ֆերտիլությունը:

9. Անպտուղ ամուսնական զույգերի 63%-ը անպտղության երկու և ավելի պատճառ ունի, 32%-ի դեպքում իգական և արական անպտղության պատճառները զուգակցվում են:

10. Երկրորդային անպտղություն ունեցող զույգերի մեծամասնությունը (75%) երկու երեխայի պարագայում այլևս չի պլանավորում երեխա ունենալ, ինչը համահունչ է պոպուլյացիայի փոքր թվով երեխաներ ունենալու միտումին:

### ԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՆԵՐ

1. Անպտուղ ամուսնության դեպքում ամուսնական զույգը ենթակա է պարտադիր հետազոտման մեր մշակած ալգորիթմով, որը ներառում է վերջնական նպատակը՝ անպտղության պատճառի պարզաբանումը: Բավական է նշել, որ հարցման մասնակիցներից 132-ը (32,4%) ուներ անպտղության զուգակցված պատճառներ:

2. Ամուսինների մանրակրկիտ հետազոտումը և ակտորոշման ճշգրտությունը մեծ դեր ունի հետագա արդյունավետ բուժումը կազմակերպելու գործում:

3. Հետազոտումը պետք է սկսել տղամարդուց, քանի որ տղամարդկանց անպտղության պատճառներն ավելի հեշտ ու արագ կարելի է հայտնաբերել: Բացի այդ, տղամարդիկ հաճախ անպտղության պատճառ համարում են կնոջը և չեն դիմում հետազոտության:

4. Հետազոտման ալգորիթմում ցուցումների դեպքում պետք է անպայման ներառվեն էնդոսկոպիական մեթոդները, մասնավորապես՝ լապարոսկոպիա և հիստերոսկոպիա:

5. Համաձայն ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայության 01.11.2017թ. տվյալների՝ հանրապետությունում կա 20-45 տարեկան 594 100 կին: Ուստի, ելնելով հետազոտության վերջին՝ 2015թ. արդյունքներից (անպտղության տարածվածությունը՝ 14,9%), կարելի է ենթադրել, որ Հայաստանում 88 521 կին կարող է ունենալ անպտղություն. առաջնային անպտղություն՝ 25546 կին, երկրորդային անպտղություն՝ 62 975 կին:

6. Ելնելով միջազգային չափանիշներից՝ անպտուղ զույգերից 55%-ը (48687 ընտանիք) կարիք ունի ժամանակակից հետազոտման (էնդոսկոպիական, հորմոնային, սեռավարակներ և այլն) և միաժամանակ նպատակային բուժման՝ փողերի անցանելիության վերականգնում, պոլիպների, հիպերպլազիայի հեռացում, հորմոնային, հակաբորբոքային բուժում, իսկ մնացած 45%-ը (39834 ընտանիք) կարիք ունի վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների:

7. Ըստ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության վիճակագրական տվյալների՝ 01.11.2017թ. դրությամբ հանրապետությունում «Ընտանիքների անապահովության գնահատման համակարգում» հաշվառված է 20-45 տարեկան կին և տղամարդ ունեցող 84217 ընտանիք, որոնցից 12548-ը կարող է ունենալ անպտղություն. 3621 ընտանիք կարող է ունենալ առաջնային, 8674 ընտանիք՝ երկրորդային անպտղություն: Ընդ որում, 6901 ընտանիք ժամանակակից մեթոդներով հետազոտման և բուժման կարիք ունի, իսկ մնացած 5647-ը՝ ՎՕՏ-երով: Այս խումբ ընտանիքները պետական աջակցության կարիք ունեն:

8. Ընտանիքների, այդ թվում անպտուղ ընտանիքների գերակշռող մասի (65%) եկամտի չափը կազմում էր 30000-100000 դրամ, ամեն տասներորդի եկամուտը

100000-200000 դրամ էր, 5%-ն ընդգրկված էր «Ընտանիքների անապահովության գնահատման համակարգում»:

9. Անպտուղ զույգերի ընտանեկան բյուջեի ուսումնասիրությունը ցույց տվեց, որ նրանց գերակշիռ մասը ի վիճակի չէ հաղթահարելու անպտղության հետազոտման ու բուժման, առավել ևս՝ ՎՕՏ ծախսերը անհրաժեշտության դեպքում:

10. Հաշվի առնելով հանրապետությունում անպտղության ճգնաժամային մակարդակը, արտագաղթի ահազնացող չափերը և ցածր ծնելիությունը՝ անհրաժեշտ է իրականացնել պետական նպատակային ծրագրեր՝ ուղղված վերարտադրողական առողջության բարելավմանը և անպտղության մակարդակի կրճատմանը, այսինքն՝ առաջիկայում նախատեսել պետական պատվերով հետազոտում և բուժում գոնե առաջնային անպտղությամբ տառապող և անզավակ ընտանիքների համար:

11. Անպտղության հետազոտման և բուժման արդյունավետության, ծնելիության և բնական աճի բարձրացման նպատակով անպտղության պատճառների հայտնաբերումն ու բուժումը պետք է իրականացնել միմիայն մասնագիտացված վերարտադրողական ծառայություններ մատուցող 3-րդ մակարդակի բժշկական կազմակերպություններում՝ առաջնորդվելով անպտուղ ամուսնական զույգերի հետազոտության իրականացմանը ներկայացվող միջազգայնորեն ընդունված չափանիշներով:

### **Ատենախոսության թեմայով հրապարակված աշխատանքների ցուցակը**

1. Աբրահամյան Ռ. Ա., Սահակյան Ա. Ս., Աբրահամյան Գ. Ռ. Անպտուղ ամուսնական զույգի վերարտադրողական վարքագծի և առողջության առանձնահատկությունները՝ համաձայն անպտուղ ամուսնության տարածվածության, պատճառագիտության և կլինիկահամաճարակաբանական ազգային ուսումնասիրության տվյալների // «Մանկաբարձություն, գինեկոլոգիա և նեոնատալոգիա» գիտագործնական հանդես, Երևան, Vol.6, No 2, 2012թ., էջ 4-10:

2. Саакян А. С., Абрамян Р. А., Абрамян Г. Р., Стимуляция овуляции у больших с поликистозными яичниками при помощи ингибитора ароматазы, // «Մանկաբարձություն, գինեկոլոգիա և նեոնատալոգիա» գիտագործնական հանդես, Երևան, Vol.6, No 2, 2012թ., էջ 23-28:

3. Սահակյան Ա. Ս. Անպտուղ ամուսնության տարածվածության դինամիկան հայկական պոպուլյացիայում վերջին երեք տասնամյակի ընթացքում // «Մանկաբարձություն, գինեկոլոգիա և նեոնատալոգիա» գիտագործնական հանդես, Երևան, Vol.11, No1, 2017թ., էջ 41-46:

4. Սահակյան Ա. Ս. Կանանց անպտղության պատճառագիտական կառուցվածքը Հայաստանում // Մանկաբարձություն, գինեկոլոգիա և նեոնատալոգիա. գիտագործնական հանդես, Երևան, Vol. 11, No1, 2017թ., էջ 47-53:

**РЕЗЮМЕ**  
**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И**  
**ЭТИОЛИГИИ БЕСПЛОДНОГО БРАКА И ПУТИ ЕЁ УЛУЧШЕНИЯ**  
**АРТАК САРИБЕКОВИЧ СААКЯН**

Тема диссертации посвящена одной из важнейших проблем современности – распространенности этиологии бесплодного брака, оцениванию ситуации и разработке способов его улучшения путем выявления причин и способствующих факторов.

Несмотря на развитие и внедрение вспомогательных репродуктивных технологии (ВРТ) в процессе преодоления бесплодного брака, ВРТ недоступны для большинства бесплодных супружеских пар как в многочисленных развивающихся странах, так и в Армении. В условиях демографического кризиса и продолжающейся депопуляризации в Армении особенно актуально способствовать повышению рождаемости посредством использования всех ресурсов. В этом плане во всех странах с низкой рождаемостью, в том числе и в Армении, важнейшим ресурсом повышения

рождаемости является сокращение числа бесплодных браков, наименьший процент которых установлен 8-10%, а кризисный уровень – 15%. В последнем случае социально-медицинская проблема перерастает в общенациональную и становится важным влияющим фактором на демографию и рождаемость .

Показатель распространенности бесплодного брака во всех странах, в том числе и в Армении, выявляется посредством репрезентативных исследований. За последние 25 лет в Армении были проведены 4 подобных изучения, однако не были разъяснены причины и способствующие факторы, связь с местом проживания, образовательным и социально-экономическим статусами, а также не были разработаны пути улучшения. Анализ результатов вышеупомянутых исследований показал, что в динамике присутствует некоторая тенденция снижения уровня бесплодности, причем, по данным за 2014 год, показатель распространенности бесплодия женщин в нашей республике среди 2315 опрошенных женщин составляет 14.9%. Это означает, что по сравнению с 1999 годом бесплодность в нашей стране сократилась в 2.2 раза, а по сравнению с 2009 годом – примерно на 12%. Показатель сокращения мужского бесплодия несколько ниже – от 11.7 до 9.5%. Учитывая то обстоятельство, что уровень бесплодного брака в Армении все еще находится в пределах кризисного (15%), а рождаемость проявляет тенденцию снижения, на основе анализа причин бесплодия и мирового опыта нами было принято решение предложить пути улучшения указанной ситуации.

Цель работы – выявить распространенность, причины и способствующие бесплодию факторы в армянской популяции, разработать способы его профилактики и снижения.

В результате настоящего исследования была констатирована некая зависимость уровня бесплодного брака от местности проживания. Частота случаев

бесплодного брака была высока в Араратском, Гегаркуникском, Лорийском, Котайском, Ширакском и Сюникском марзах. В указанных марзах удельный вес бесплодного брака превышал кризисный – 15%-ный уровень, колеблясь в пределах от 15.2 до 18.2%. Этот показатель оказался сравнительно ниже в Арагацотнском, Вайоц-Дзорском, Тавушском марзах (10.7-13.2%), а в Ереване составил 14.7%.

В результате исследования была выявлена связь между этиологическими факторами и видом бесплодия. Причем при первичном бесплодии основной причиной бесплодности женщин, проживающих как в городских, так и сельских регионах, были нарушение менструальной функции и эндокринной системы, ановуляция, синдром поликистозных яичников, а при вторичном – эндометриоз и трубоперитонеальные факторы. Что касается этиологических и способствующих факторов, то при вторичном бесплодии основная роль независимо от местности проживания принадлежит искусственному прерыванию беременности, их осложнениям и инфекциям, передающимся половым путем, особенно хламидии трахоматис, которая была обнаружена в 1.7 раз чаще среди имеющих бесплодие по сравнению с неимеющими, а также уреоплазма уреалитикум и микоплазма гоминис, обнаруженным у каждой третьей бесплодной женщины.

Особого внимания заслуживает то, что у 63% бесплодных супружеских пар выявляются две и более причин, а в 32% случаев – сочетание причин мужского и женского бесплодия.

По преодолению бесплодного брака в мире в целом известны 3 способа: профилактика, внедрение современных методов обследования и лечения, повышение эффективности и снижение цен на вспомогательные репродуктивные технологии, которые и послужили основой для наших предложений о путях улучшения ситуации.

## **SUMMARY**

### **THE CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL SITUATION, ETIOLOGY AND PREVALENCE OF INFERTILE MARRIAGES AND WAYS OF IMPROVEMENT ARTAK SAHAKYAN**

The dissertation discusses one of the key issues of the modernity, prevalence of infertile marriages, assesses the situation through the survey of contributing factors and etiology and develops improvement methods.

Despite the development and introduction of ART in the process of overcoming the infertility issue, it is unavailable for many developing countries, including Armenia.

Considering the demographic crisis and the continuing population decline of Armenia, it is a topical issue to contribute to birth rate increase. In all the countries having low birth rate, including Armenia, the reduction of the number of infertile marriages (lowest level is fixed at 8-10%, the critical level – at 15%) is considered an essential resource. The infertility issue also carries a high risk for infertile couples

due to social-medical consequences, in particular the one third of such couples divorces or suffers psychosomatic problems, social isolation, etc.

The infertility prevalence rate in all the countries, including Armenia, is determined by representative surveys. During the last 25 years, four such surveys were carried out in Armenia, but the causes and contributing factors, the connection with the residence, the educational, social and economic situation have not been determined and improvement methods have not been developed.

The analysis of the results of aforementioned surveys shows that the infertility level tends to go down. According to the latest data of 2014, women infertility prevalence index is 14.9% in the Republic. It means that in comparison with 1999 infertility rate is 2.2 times lower, in comparison with 2009 it has gone down by around 12%. Men infertility reduction rate is lower: it went down to 9.5% from 11.7%.

Considering the fact that infertility level is still close to critical in Armenia (15%), and birth rate tends to decrease, this dissertation will suggest methods to improve the situation on the basis of the analysis of infertility causes and the international experience.

**The objective of the work is** to determine the prevalence, the causes and the contributing factors of infertility in the Armenian population and to develop methods of prevention and minimization.

This survey registered certain dependence of infertility level on the place of residence. The provinces of Ararat, Gegharkunik, Lori, Kotayk, Shirak and Syunik had high number of infertility cases. In these regions, the specific weight of infertility surpassed the critical level of 15%, oscillating between 15.2-18.2%. The index was relatively lower in Aragatsotn, Vayots Dzor and Tavush (10,7-13,2%). Yerevan index was 14.7%.

The survey revealed the connection of etiological factors with the infertility type. In case of primary infertility, the main reasons for women's infertility both in urban and rural environments are the disorders of menstrual function and endocrine system, anovulation and polycystic ovary syndrome, while in case of secondary infertility – endometriosis and issues with tubes and peritoneum. As for etiological and contributing factors, in case of secondary infertility, regardless of the place of residence, the main cause are abortions, complications after abortions and STDs, in particular chlamydia trachomatis (which has been found among infertile women 1.7 times more often), as well as *Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma hominis* (every third infertile woman is affected).

It is worth to mention that 63% of infertile married couples have two or more causes, while in 32% of cases male and female infertility are combined. The world has three methods of overcoming the issue of infertile marriages – prevention, introduction of modern examination and treatment methods, ART efficiency increase and price decrease, which are the basis of our suggestions to improve the situation.