

ՎԵՐԱՐՏԱԴՐՈՂԱԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ, ՊԵՐԻՆԱՏԱԼՈԳԻԱՅԻ, ՄԱՆԿԱԲԱՐՁՈՒԹՅԱՆ ԵՎ
ԳԻՆԵԿՈԼՈԳԻԱՅԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏԱԿԱՆ ԻՆՍՏԻՏՈՒՏ

ՍԱՀԱԿՅԱՆ ԱՐՏԱԿ ՍԱՐԻՔԵԿԻ

**ԱՆՊՏՈՒՂ ԱՄՈՒՍՆՈՒԹՅԱՆ ՏԱՐԱԾՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՊԱՏՃԱՌԱԳԻՏՈՒԹՅԱՆ
ԿԼԻՆԻԿԱՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆԱԿԱՆ ԻՐԱՎԻՃԱԿԸ ԵՎ ԲԱՐԵԼԱՎՄԱՆ ՈՒՂԻՆԵՐԸ**

ԱՏԵՆԱԽՈՍՈՒԹՅՈՒՆ

ԺԴ.00.01 - «Մանկաբարձություն և գինեկոլոգիա» մասնագիտությամբ
բժշկական գիտությունների թեկնածուի գիտական աստիճանի համար

Գիտական ղեկավար՝
ՀՀ ԳԱԱ ակադեմիկոս,
բ.գ.դ., պրոֆեսոր **Ռ. Ա. Աբրահամյան**

Երևան-2018թ.

Հապավումներ

| | |
|--------------|---|
| ԱՀԿ | առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն |
| ԱԿՏՀ | ադրենոկորտիկոտրոպ հորմոն |
| ԱՄԲ-ՍՏ | արտամարմնային բեղմնավորում սաղմերի տեղափոխումով |
| ԱՍԱՍ | արհեստական սերմնավորում ամուսնու սերմով |
| ԱՍԴՍ | արհեստական սերմնավորում դոնորական սերմով |
| ԳԶՀ | գերձայնային հետազոտություն |
| ԴՀԷԱ/ ԴՀԷԱ-Ս | դեհիդրոէպիանդրոստենդիոն/ սուլֆատ |
| ԶՃ | զարկերակային ճնշում |
| ԷՍԳ | էլեկտրասրտագրություն |
| ԹՏՀ | թիրեոտրոպ հորմոն |
| T3 | թիրոքսին |
| T4 | թիրոհիդին |
| ԼՀ | լյուտեինացնող հորմոն |
| ԿՆՀ | կենտրոնական նյարդային համակարգ |
| ՀՀՀՀ | հորմոնային համակցված հակաբեղմնավորման հաբեր |
| ՀՍԳ | հիստերոսալպինգոգրաֆիա |
| ՄԻԱՎ | մարդու իմունաանբավարարության վիրուս |
| ՊԱՊ թեստ | Պապանիկոլաուի թեստ |
| ՊՐԼ | պրոլակտին |
| ՁՍՆՆ | ձվաբջջի մեջ մեկ սպերմատոզոիդի ներցիտոպլազմային ներարկումը |
| ՎՕՏ | վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիա |
| ՓԿԲՀ | փոքր կոնքի բորբոքային հիվանդություններ |
| ՍՃՓՎ | սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակ |
| ՖԽՀ | ֆոլիկուլախթանիչ հորմոն |

Բովանդակություն

| | |
|--|-----------|
| Հապավումների ցանկ | 2 |
| Ներածություն | 5 |
| Գլուխ 1. Անպտուղ ամուսնության տարածվածության, համաճարակաբանության, պատճառագիտության, ախտորոշման, բուժման և կանխարգելման ժամանակակից մոտեցումները (գրականության անալիտիկ վերլուծություն) | 15 |
| 1.1. Ընդհանուր դրույթներ | 15 |
| 1.2. Անպտուղ ամուսնության տարածվածությունը | 19 |
| 1.3. Անպտուղ ամուսնության պատճառագիտությունը, ախտաճնությունն ու ախտորոշումը | 22 |
| 1.4. Անպտուղ ամուսնության անդրլոգիական հայեցակետերը | 36 |
| 1.5. Վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառումը անպտուղ ամուսնության դեպքում | 43 |
| Գլուխ 2. Հետազոտության նյութը և մեթոդները | 48 |
| 2.1. Հետազոտության նյութը | 48 |
| 2.2. Հետազոտության մեթոդները | 53 |
| 2.3. Անպտուղ զույգերի հետազոտման մեթոդները | 56 |
| Գլուխ 3. Հարցման մասնակիցների և անպտուղ զույգերի հիմնական բնութագրիչները | 57 |
| 3.1. Անպտուղության հաճախականությունը հետազոտվածների շրջանում | 57 |
| 3.2. Հարցման մասնակիցների և անպտուղ զույգերի հիմնական բնութագրիչները (ըստ տարիքի, բնակավայրի, սոցիալ-տնտեսական և կրթական մակարդակների) | 58 |
| 3.3. Անպտուղ ամուսնական զույգերի սեռական կյանքի որոշ առանձնահատկություններ | 69 |

| | |
|--|----|
| 3.4. Մանկաբարձական անամնեզը անպտուղ զույգերի շրջանում | 72 |
| 3.5. Երկրորդային անպտղության պատճառագիտության մեջ հղիության արհեստական ընդհատումների (աբորտ) դերը | 73 |
| 3.6. Ամուսնանալիս անպտուղ զույգերի ընտանիքի ցանկալի կազմը | 77 |
| 3.7. Սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների մասին գիտելիքների մակարդակը հետազոտվածների շրջանում | 78 |
| 3.8. Անպտղությամբ տառապող կանանց և տղամարդկանց նախկինում կրած ՍՃՓՀ-ները | 80 |
| 3.9. Ամուսնական զույգերի վտանգավոր սովորությունները | 81 |
| 3.10. Հարցման մասնակիցների վերարտադրողական նպատակները նախկինում և ներկայում | 81 |

Գլուխ 4. Անպտուղ ամուսնության պատճառագիտական կառուցվածքը 83

| | |
|--|----|
| 4.1. Անպտուղ կանանց հետազոտության ծավալն ու արդյունքները | 83 |
| 4.2. Ընդհանուր, գինեկոլոգիական և փոքր կոնքի օրգանների գերձայնային հետազոտության արդյունքները | 84 |
| 4.3. Սեռավարակների տարածվածությունը անպտուղ կանանց շրջանում | 87 |
| 4.4. Անպտուղ կանանց անամնեզում կատարված և ներկայացված հիստերոսալպինգոգրաֆիայի տվյալների վերլուծությունը | 90 |
| 4.5. Կանանց անպտղության էնդոկրին ձևերը | 91 |
| 4.6. Կանանց անպտղության պատճառագիտական կազմը | 93 |
| 4.7. Ամուլ տղամարդկանց հետազոտման մեթոդներն ու արդյունքները ... | 94 |
| 4.8. Տղամարդու ամլության պատճառագիտական կազմը | 95 |

Հետազոտության արդյունքների ամփոփում

Եզրահանգումներ

Գործնական առաջարկներ

Օգտագործված գրականության ցանկ

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Թեմայի արդիականությունը

Անպտուղ ամուսնության հիմնախնդրի հաղթահարումը XXI դարի ոչ միայն բժշկական-սաբանական լուրջ խնդիր 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 [10, 52, 140]:

Համաձայն Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) տվյալների՝ շատ երկրներում անպտուղ ամուսնությունները հաճախադեպ են և չունեն նվազման միտում [210]:

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% [11, 14, 25, 26, 44, 127, 133, 139, 154, 156, 212]:

Գրականության մեջ նշվում է, որ անպտուղության պատճառը 40-50% դեպքերում զոյգերից մեկի վերարտադրողական համակարգի, իսկ 25-30% դեպքերում ամուսնական զոյգի ախտաբանությունն է [106, 172, 179]:

Համաձայն որոշ հեղինակների տվյալների [56, 185, 191]՝ անպտուղության հաճախականությունը պոպուլյացիաներում տատանվում է 10-20%-ի սահմաններում, ընդ որում, 50%-ը բաժին է ընկնում կանանց, 40%-ը՝ տղամարդկանց, 10-25%-ը՝ զուգակցված ձևերին:

Վ. Ի. Կուլակովի և համահեղինակների 2015թ. հրապարակումներում [10, 21] ամփոփված են կանանց և տղամարդկանց անպտուղության պատճառները, որոնց հիման վրա հնարավոր է որոշել անպտուղ ամուսնության կառուցվածքը: Այն հիմնականում կազմված է փողապերիտոնեալ (40-50%), էնդոկրին անպտուղություն (20-30%), արական ամլություն (30-40%) մասնաբաժիններից: Մի շարք հեղինակներ

ներկայացնում են այլ տվյալներ. օրինակ՝ պատճառների 40-70%-ը բաժին է ընկնում կանանց, 20-25%-ը՝ տղամարդկանց, 10-40%-ի դեպքում պատճառները զուգակցված են, իսկ 2-5%-ի դեպքում պատճառները բացահայտված չեն [92, 110]:

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 [202]:

Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ բոլոր երկրներում անպտուղ ամուսնության կառուցվածքը և հաճախականությունը որոշվում է ըստ դիմելիության, ինչը չի տալիս տվյալ երկրում անպտղության իրական պատկերը, ԱՀԿ-ն մարդու վերարտադրողական ծրագրի շրջանակներում երկրներին առաջարկում է իրականացնել համաճարակաբանական ուսումնասիրություններ: Վերջինս թույլ կտա որոշել տվյալ երկրում անպտղության հաճախականությունը, պատճառագիտական կառուցվածքն ու նպաստող գործոնները, գնահատել անպտղությամբ տառապող զույգերի հետազոտման և բուժման գոյություն ունեցող փորձն ու մեթոդները, հետազոտման և բուժման արդյունավետությունը, մշակել ու ներդնել անպտղության հիմնախնդրի հաղթահարման ազգային ռազմավարություն և ծրագիր [206]: Առաջարկվում է նաև ստանդարտացնել անպտուղ զույգերի հետազոտության ու բուժման համակարգը և ներդնել նոր մեթոդներ անպտղության բուժման և հաղթահարման համար [91]: Ուստի անպտղության 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 [9, 43, 51, 178]:

Մի շարք հեղինակների կարծիքով, անպտղության կառուցվածքում հիմնական պատճառը փոքր կոնքի բորբոքային հիվանդություններն են (ՓԿԲՀ)՝ պայմանավորված սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակներով (ՍՃՓՎ) [78], էնդոկրին պատճառները, սեռական էնդոմետրիոզը և արական ամլությունը [18, 20, 35, 163, 171]:

Անպտուղ զույգերի հետազոտման և բուժման ԱՀԿ-ի ծրագրում ներառված է կլինիկական և ախտորոշման թեստերի հավաքածու, որտեղ նշված է կանանց 21 և տղամարդկանց 19 գործոն [91]: Ըստ այդ ծրագրի՝ անպտուղ ամուսնության կառուցվածքը դինամիկ գործընթաց է և կարող է տարիների ընթացքում փոփոխվել, օրինակ՝ փողապերիտոնեալ գործոնները կարող են նվազել (մինչև 40%), մինչդեռ էնդոկրին և արական պատճառները կարող են աճել համապատասխանաբար 30-40 և 40-50%-ով:

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

Այնուամենայնիվ, կանանց անպտղության կլինիկապաթոգենետիկական տարբերակներում առանձնացվում են՝ փողային, փողապերիտոնեալ անպտղությունը՝ պայմանավորված ներքին սեռական օրգանների բորբոքային հիվանդություններով ու էնդոմետրիոզով [6, 46, 96, 113, 126, 137, 151], ներարգանդային ախտաբանությունը (էնդոմետրիումի հիպերպլաստիկ պրոցեսներ, բարակ էնդոմետրիում, ռեցեսսիվացիայի խանգարում, արգանդի միոմա, ադենոմիոզ) [81, 83, 144, 145, 146, 197] գենետիկական, էնդոկրին, աուտոիմուն պատճառները [3, 17, 24, 35, 198], ինչպես նաև անպտղության զուգակցված ձևերը և անհայտ ծագման անպտղությունը [28]: Վերջին տարիներին կարևորվում են նաև բժշկասոցիալական գործոնները վերարտադրողական առողջության խանգարումների, այդ թվում անպտղության առաջացման ախտաճնության մեջ [41,203]:

Համաձայն Սեռական և վերարտադրողական առողջության եվրոպական ասոցիացիայի և ԱՀԿ-ի տվյալների՝ արական ամլության հիմքում սպերմատոգենեզի

խանգարումն է, ինչը դրսևորվում է էյակուլատի ցուցանիշների ախտաբանական շեղումներով՝ սպերմատոզոիդների քանակի նվազմամբ (օլիգոզոսպերմիա) և շարժունակության նվազմամբ (աստենոզոսպերմիա) [93, 186, 208]: 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 սերմնաձորանների դիստրոֆիկ փոփոխություններ, խանգարելով սպերմատոգենեզը, և ամլության պատճառ են դառնում [4, 17, 22, 86, 88, 101]:

Անպտղության դեպքում ախտորոշիչ և բուժական օգնությունը հիմնված է ռեպրոդուկտոլոգիայի հիմնարար նվաճումների վրա, որոնց թվին են պատկանում հորմոնային մեխանիզմների և ռեպրոդուկտիվ պրոցեսի գենետիկական կարգավորման բացահայտումը, գերձայնային հետազոտությունը (ԳՁՀ), վիրահատական էնդոսկոպիան, ՎՕՏ-երը [24, 56, 57, 59, 147, 177], որոնք թույլ տվեցին բարձրացնել ոչ միայն ախտորոշման, այլև բուժման հնարավորություններն ու արդյունավետությունը:

Այնուամենայնիվ, չնայած հետազոտման նորագույն մեթոդների կիրառմանը, վերջին տարիների մագնիսառեզոնանսային, էնդոսկոպիկ, մոլեկուլյար, գենետիկական և ցիտոգենետիկական, էլեկտրոնմիկրոսկոպիական ախտորոշման մեթոդների կատարելագործմանը՝ 8-10% դեպքերում անհնարին է հայտնաբերել անպտղության պատճառը, ինչը պայմանավորված է գործոնների բազմազանությամբ և զուգակցմամբ [138,153, 162]:

Մի շարք հեղինակների տվյալներով, արական իդիոպաթիկ ամլությունը կազմում է շուրջ 30% [179]: Որոշակի դեր ունի գենետիկայով պայմանավորված ախտաբանական մեյոզը, սպերմատիդների դիֆերենցացիայի և հասուն ձևերի առաջացման խանգարումը:

Հայաստանում ժողովրդագրական ճգնաժամի և շարունակվող դեպոպուլյարիզացիայի պայմաններում օրախնդիր է դառնում ծնելիության բարձրացմանը նպաստելը՝ օգտագործելով բոլոր ռեսուրսները: 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 8-10%, իսկ ճգնաժամային մակարդակը, որի դեպքում հիմնախնդիրը համապետական, համազգային նշանակություն է ստանում, 15% է [206]:

Անպտղության տարածվածության ցուցանիշը բոլոր երկրներում, այդ թվում՝ Հայաստանում, ստացվում է ներկայացուցչական ուսումնասիրությունների միջոցով: Վերջին 25 տարում Հայաստանում կատարվել է չորս նման հետազոտություն:

Առաջին հետազոտությունը կատարվել է 1989-1990 թվականներին Կ. Բ. Ակունցի և համահեղինակների կողմից: Երևան քաղաքում 4349 ամուսնացած կանանց շրջանում իրականացված անպտղության տարածվածության էպիդեմիոլոգիական հետազոտության համաձայն՝ առաջնային անպտղություն ունեին (այսինքն՝ անամենեզում մեկ և ավելի տարի սեռական կյանքով ապրելու դեպքում երբևիցե հղիություն չէին ունեցել) 3.2%-ը, երկրորդային անպտղություն՝ 21.4%-ը [148]: Խորհրդային կարգերի փլուզումից հետո հանրապետությունում ստեղծված սոցիալ-տնտեսական ծանր վիճակը խիստ բացասաբար անդրադարձավ բնակչության առողջության և հատկապես կանանց վերարտադրողական առողջության վրա:

Եվ ահա, անպտղության տարածվածության երկրորդ էպիդեմիոլոգիական հետազոտությունը, որն իրականացվեց 1997-1998թթ. Մ. Ա. Խաչիկյանի և համահեղինակների կողմից [194], ազգային մակարդակով 1400 վերարտադրողական տարիքի կանանց և տղամարդկանց շրջանում՝ ընդգրկելով բոլոր տարածաշրջանները և Երևան քաղաքը, արձանագրեց վերարտադրողական առողջության և մասնավորապես անպտղության ցուցանիշի վատթարացում: Համաձայն ստացված արդյունքների՝ կանանց շրջանում առաջնային անպտղությունը կազմել էր 3.4%, իսկ երկրորդայինը՝ 28.5%: Տղամարդկանց շրջանում՝ համապատասխանաբար 3.3% և 15.2% [194]:

Ձեռնարկված միջոցների շնորհիվ անպտղության ցուցանիշի ուսումնասիրությունը դինամիկայում ցույց տվեց նվազման միտում: Այսպես, 2009թ. Ռ. Ա. Աբրահամյանի և համահեղինակների կողմից իրականացված ուսումնասիրության արդյունքների համաձայն [1]՝ 856 կանանցից 144-ը (16.8%) տառապում էր անպտղությամբ: Առաջնային անպտղություն ուներ 46-ը (5.4%), երկրորդային անպտղություն՝ 98-ը (11.4%): 941 տղամարդուց ամուլ էր 110-ը (11.7%). 54-ը (5.7%) տառապում էր առաջնային, 56-ը (5.9%)՝ երկրորդային ամլությամբ [1]:

Այսպիսով, երրորդ ներկայացուցչական հետազոտության արդյունքում 10 տարվա ընթացքում արձանագրվեց անպտղության տարածվածության մակարդակի կրճատում շուրջ 1.8 անգամ: Վերջին հինգ տարվա ընթացքում ևս նկատվել է անպտղության, հատկապես երկրորդային անպտղության հաճախականության նվազման միտում:

2014 թվականին Ռ. Ա. Աբրահամյանի և համահեղինակների կողմից [2] իրականացված հետազոտության տվյալներով, հարցման մասնակից 2315 կանանցից 344-ը (14.9%) անամենեզում նշել էր անպտղություն: Ընդ որում, առաջնային անպտղություն էր ունեցել հարցման մասնակից կանանցից 99-ը (4.3%), երկրորդային անպտղություն՝ 245-ը (10.6%) [2]:

Հարցմանը մասնակցած կանանց ամուսինների/զուգընկերների շրջանում 221 տղամարդ (9.5%) անամենեզում նշել էր ամլություն, ընդ որում՝ առաջնային ամլություն էր ունեցել 96 (4.1%), երկրորդային ամլություն՝ 125 (5.4%) տղամարդ [2]:

Այսպիսով՝ կատարված ուսումնասիրության արդյունքները ցույց տվեցին, որ ներկայումս կանանց անպտղության տարածվածության ցուցանիշը մեր հանրապետությունում կազմում է 14,9%, այսինքն՝ 2009 թվականի համեմատությամբ նվազել է մոտ 12%-ով, իսկ 1999-ի համեմատությամբ՝ շուրջ 2.2 անգամ: Տղամարդու ամլության ցուցանիշը 11.7%-ից կրճատվել էր մինչև 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:
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 անպտղության կանխարգելման նոր մոտեցումներ:

Գիտական նորույթը

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

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

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

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

Գործնական նշանակությունը

Ստացված տվյալների հիման վրա մշակվել են անպտուղ ամուսնության հետազոտման ալգորիթմ և բուժական մեթոդների ընտրության մոտեցումներ՝ պտղաբերությունը վերականգնելու 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 փողապերիտոնեալ պատճառների վաղ հայտնաբերման ու վերացման համար, ինչը կնպաստի պտղաբերության վերականգնման արդյունավետության բարձրացմանը: Մեր կողմից մշակված՝ տղամարդու ամլության ռիսկի գնահատման սանդղակի կիրառումը թույլ կտա ձևավորել ամլության առաջացման առումով ռիսկի խմբերը և ժամանակին կատարել նպատակային հետազոտություններ տղամարդու ամլությունը հայտնաբերելու և անպտուղ ամուսնությունը հաղթահարելու համար:

Պաշտպանությանը ներկայացվող դրույթները

1. Առաջնային անպտղության դեպքում, անկախ բնակության վայրից (քաղաք/ գյուղ), կանանց անպտղության հիմնական պատճառը դաշտանային ֆունկցիայի խանգարումներն են, անօվույացիան, պոլիկիստոզ ձվարանների համախտանիշը, իսկ երկրորդային անպտղության դեպքում՝ էնդոմետրիոզը և փողապերիտոնեալ պատճառները:
2. Անպտուղ զույգերի 63%-ի մոտ հայտնաբերվում են երկու և ավելի պատճառ, 32%-ի մոտ՝ 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 դեր ունեն հղիության արհեստական ընդհատումներն ու սեռավարակները, մասնավորապես՝ խլամիդիա տրախոմատիսը, ուրեպլազմա ուրեոլիտիկումը և միկոպլազմա հոմինիսը:

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 [87]: 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):

Հեղինակի անձնական մասնակցությունը

Ատենախոսության իրականացման փուլում հեղինակն ունեցել է հետևյալ մասնակցությունը.

- 1) հետազոտությունների ընտրանքների ընտրություն, հարցաշարերի մշակում և փորձարկում, անհատական քարտերի վարում,
- 2) ներկայացուցչական երեք հետազոտության ստացված արդյունքների տվյալների վերլուծություն,
- 3) անպտղություն ունեցող կանանց և տղամարդկանց անպտղության պատճառների հետազոտության կազմակերպում և իրականացում,
- 4) հետազոտության արդյունքների վերլուծություն, ստացված տվյալների մաթեմատիկական մշակում,
- 5) իլյուստրատիվ նյութի ստեղծում,
- 6) հետազոտության հիմնական արդյունքների հիման վրա հոդվածների ձևակերպում և հրատարակում:

ԳԼՈՒԽ 1

ԱՆՊՏՈՒՂ ԱՄՈՒՍՆՈՒԹՅԱՆ ՏԱՐԱԾՎԱԾՈՒԹՅԱՆ, ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆՈՒԹՅԱՆ, ՊԱՏՃԱՌԱԳԻՏՈՒԹՅԱՆ, ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ, ԲՈՒԺՄԱՆ ԵՎ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿԱԿԻՑ ՄՈՏԵՑՈՒՄՆԵՐԸ (ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ԱՆԱԼԻՏԻԿ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ)

1.1. Ընդհանուր դրույթներ

Գրականության ակնարկի կազմման համար օգտագործել ենք ՄԵԴԼԱՅՆ համակարգը և Կոխրենի տվյալների բազան: Ուսումնասիրել ենք անպտղության տարածվածության և նվազեցման վերաբերյալ հոդվածներ՝ տպագրված 2000-2014 թվականների ընթացքում լույս տեսած 103 գրախոսվող ամսագրերում, 37 մենագրություն [158, 159]:

ԱՀԿ-ի փորձագետների կարծիքով, անպտուղ ամուսնության խնդիրը երրորդ հազարամյակում ևս շարունակում է մնալ կարևորագույն բժշկասոցիալական հիմնախնդիր, հատկապես ցածր ծնելիություն ունեցող երկրների համար [210]:

ԱՀԿ-ի բնորոշմամբ՝ ամուսնությունը համարվում է անպտուղ, եթե 12 ամսվա ընթացքում առանց հակաբեղմնավորիչ միջոցների կիրառման, նորմալ սեռական կյանքով ապրող ամուսնական զույգի մոտ հղիություն չի արձանագրվում [209]:

Ըստ տարբեր հեղինակների տվյալների՝ անպտուղ ամուսնության հաճախականությունը կազմում է 8-20%, և վերջին տարիներին նկատվում է այդ ցուցանիշի բարձրացման միտում [9, 37, 52, 179, 184, 190, 207]:

Ամուսնության առաջին տարում հղիություն է արձանագրվում առանց հակաբեղմնավորիչ միջոցների օգտագործման, նորմալ սեռական կյանքով ապրող ամուսնական զույգերի 80-90%-ի մոտ [10, 21]: Հետագա տարիներին խիստ նվազում է հղիության հնարավորությունը:

ԱՀԿ-ի բնորոշմամբ՝ եթե անպտղության ցուցանիշը գերազանցում է 15%-ը, ապա այն բժշկասոցիալական հիմնախնդրից վերածվում է համազգային, համապետական

հիմնախնդրի և դառնում է ժողովրդագրության վրա ազդող գործոն [209]: Անպտուղ ամուսնությունը համարվում է ոչ միայն բժշկական, այլև կարևոր սոցիալական հիմնահարց, քանի որ այն էապես ազդում է ծնելիության վրա և պատճառ դառնում անհատների սոցիալական անակտիվության ու հոգեկան գերլարման, ամուսնալուծության և սոցիալական մեկուսացման, հոգեհուզական խանգարումների, ներողների առաջացման և այլն [11, 33, 110, 161, 191]:

Այսպիսով, անպտղությունը (չբերություն՝ sterilitas) բնութագրվում է սեռահասուն կնոջ բեղմնավորման կամ տղամարդու բեղմնավորելու անկարողությամբ:\

1.1.1. Անպտուղ ամուսնության դասակարգումը

Անպտղությունը ինքնուրույն, մեկ կամ մի քանի հիվանդությունների ախտանիշ է: Ներկայումս կանացի անպտղության միասնական դասակարգում չկա, ինչը պայմանավորված է անպտղության բազմաթիվ գործոնների առկայությամբ ինչպես վերարտադրողական համակարգում, այնպես էլ սեռական համակարգից դուրս:

Տարբերում են կնոջ և տղամարդու, բացարձակ և հարաբերական, ինչպես նաև առաջնային և երկրորդային ամլություն [209]:

Կնոջ անպտղությունը կարող է լինել բացարձակ, հարաբերական, առաջնային և երկրորդային, բնածին և ձեռքբերովի:

Անպտղությունը համարվում է բացարձակ, երբ կնոջ օրգանիզմում կա այնպիսի ախտաբանություն, որը բացառում է հղիության հնարավորությունը բնական ճանապարհով, և բժշկության զարգացման տվյալ փուլում անհնարին է այն շտկել (արգանդի, ձվարանների բացակայություն և այլն):

Անպտղությունը համարվում է հարաբերական, երբ այն պայմանավորող պատճառները կարելի է վերացնել և վերականգնել պտղաբերությունը:

Բաժանումը բացարձակի և հարաբերականի պայմանական է, որովհետև գիտության և բժշկության զարգացմանը զուգընթաց բացարձակ անպտղության որոշ դեպքեր դառնում են հարաբերական (փողերի բացակայության դեպքում՝ էքստրակորպորալ (արտամարմնական) բեղմնավորում, ձվարանների բացակայության դեպքում՝ դոնարական ձվաբջջի օգտագործում, անօվուլյացիայի դեպքում՝ ձվարանների հորմոնային խթանում, ասպերմիայի դեպքում՝ ԻՔՄԻ-ի՝ անմիջապես ձվաբջջի մեջ մեկ սպերմատո-

զոդի ներքջապլազմային ներարկում, սերմնավիժուկում (էյակույատ) սպերմատոզոիդների բացարձակ բացակայության դեպքում՝ մակամորձային (էպիդիդիմալ) սպերմատոզոիդների միկրովիրաբուժական արտաքաշում (ասպիրացիա) (MESA) և ամորձային սպերմատոզոիդների արտահանում (էքստրակցիա) (TESE) և այլն) [10, 21, 92, 164, 179]:

Անպտղությունն առաջնային է, երբ սեռահասուն, նորմալ սեռական կյանքով ապրող կինը ամուսնության մեկ տարում հղիություն չի ունեցել (ԱՀԿ): Անպտղությունը երրորդային է, երբ կինը կյանքում գեթ մեկ անգամ հղիություն է ունեցել՝ անկախ ելքից:

Անպտղության պատճառ կարող են լինել զույգերից մեկի կամ երկուսի վերարտադրողական համակարգի խանգարումները, ընդ որում, անպտուղ ամուսնությունների 45%-ը պայմանավորված է իգական անպտղության պատճառներով, 40%-ը՝ արական, զուգակցած պատճառներ են հայտնաբերվում 25-30%-ի մոտ, դեպքերի 10-15%-ը բացահայտված չէ [110]:

Speroff L. և համահեղինակների [201] տվյալներով, անպտղության կառուցվածքում փողապերիտոնեալ պատճառներին (կպումներով կամ առանց կպումների) բաժին է ընկնում անպտղության 40-50%-ը, էնդոկրին պատճառներին՝ օվույացիայի խանգարումներին՝ 35-40%-ը, արգանդի և էնդոմետրիումի անատոմաֆունկցիանալ գործոններին՝ 15-25%-ը, իմունոլոգիական պատճառներին՝ 2%-ը, անհայտ ծագման են 5-15%-ը:

Համաձայն հիվանդությունների միջազգային դասակարգման տասներորդ վերանայված տարբերակի (ՀԴ-10)՝ գոյություն ունի կանանց անպտղության հետևյալ դասակարգումը [67].

N 97 Կանանց անպտղություն (չբերություն)

- 1) Հղիանալու անկարողություն
- 2) Կանանց ամլություն (ստերիլություն)

N 97.0 Կանանց անպտղություն՝ կապված օվույացիայի բացակայության հետ

N 97.1 Կանանց փողային ծագման անպտղություն

- 1) անանցանելիություն
- 2) խցանում
- 3) նեղացում

N 97.2 Կանանց անպտղություն՝ արգանդային ծագման

- 1) արգանդի զարգացման բնածին անկանոնության հետ առնչվող
- 2) պտղաձվի ինպլանտացիայի գործընթացի խանգարում

N 97.3 Կանանց անպտղություն՝ պարանոցային ծագման

N 97.4 Կանանց անպտղություն՝ պայմանավորված արական գործոնով

N 97.8 Կանանց անպտղություն՝ այլ ծագման

N 97.9 Կանանց անպտղություն՝ չճշտված

Որոշ աշխատություններում տղամարդու ամլության պատճառը պարզելու համար բոլորը ախտաբանությունները համակարգված են վերարտադրողական համակարգի հիմնական օրգանի՝ ամորձու նկատմամբ, որպես պրետեստիկուլյար, տեստիկուլյար և պոստտեստիկուլյար:

Սակայն ներկայումս ընդունված է ԱՀԿ-ի 1993 թվականի և համագործակցող վերարտադրողական կենտրոնների կողմից մշակված դասակարգում, որի հիմքում պատճառական գործոններն են [209]:

Աղյուսակ 1.1

Տղամարդու անպտղության ախտորոշիչ դասակարգում (ԱՀԿ-ի տվյալներով)

| ԿՈԴ | | ԿՈԴ | |
|-----|--|-----|----------------------------|
| 01 | հոգեբանական սեքսուալ խանգարումներ | 09 | սեռական վարակներ |
| 02 | անպտղության պատճառները բացահայտված չեն | 10 | իմունոլոգիական գործոն |
| 03 | սերմային պլազմայի մեկուսացված ախտաբանություն | 11 | էնդոկրին պատճառներ |
| 04 | յատրոգեն պատճառներ | 12 | իդիոպաթիկ օլիգոզոոսպերմիա |
| 05 | համակարգված հիվանդություններ | 13 | իդիոպաթիկ աստենոզոոսպերմիա |
| 06 | բնածին արատներ | 14 | իդիոպաթիկ տերատոզոոսպերմիա |
| 07 | գոնադների ձեռքբերովի վնասվածքներ | 15 | օբստրուկտիվ ազոոսպերմիա |
| 08 | վարիկոցելե | 16 | իդիոպաթիկ ազոոսպերմիա |

1.2. Անպտուղ ամուսնության տարածվածությունը

Անպտուղության ցուցանիշի նվազեցման համար անհրաժեշտ է ունենալ անպտուղության տարածվածության գլոբալ, տարածաշրջանային և ազգային տվյալների վերլուծությունները և դրանց հիման վրա մշակված ռազմավարական ծրագրեր: M. N. Mascarenhas և համահեղինակները, վերլուծելով զարգացած և զարգացող երկրներում առկա ժողովրդագրական և վերարտադրողական առողջության 277 հետազոտության արդյունքները, հողվածում ներկայացրել են 1990-2010 թվականներին աշխարհում և տարածաշրջաններում անպտուղության տարածվածության մակարդակը և միտումները [179, 184]:

Օգտագործվել է բայեզյան հիերարխիկ մոդել՝ 190 երկրի և տարածքների անպտուղության տարածվածությունն ու միտումները գնահատելու համար:

2010 թվականին 20-44 տարեկան կանանց շրջանում առաջնային անպտուղությունը կազմել է 1.9% (95% անորոշության միջակայք՝ 1.7%-2.2%): Առնվազն մեկ հղիություն ունեցած և հետագայում հղիանալու հնարավորությունը կորցրած (երկրորդական անպտուղություն) կանանց թիվը կազմել է 10.5% (9.5%-11.7%):

Համաձայն այդ վերլուծությունների՝ անպտուղության տարածվածությունը ամենաբարձրն էր Հարավային Ասիայում, Սահարայից հարավ գտնվող աֆրիկյան երկրներում, Հյուսիսային Աֆրիկայում, Մերձավոր Արևելքում, Արևելյան Եվրոպայում և Կենտրոնական Ասիայում [179, 184]:

Վերոհիշյալ հեղինակները նշում են նաև, որ 2010թ. անպտուղության տարածվածության մակարդակը մոտ էր 1990 թվականի տվյալներին:

Սակայն բնակչության աճի շնորհիվ զույգերի անպտուղության բացարձակ թիվը 1990թ. 42.0 մլն-ի (39.6 մլն, 44.8 միլիոն) համեմատությամբ աճել է և 2010թ. կազմել 48.5 միլիոն (45.0 միլիոն, 52.6 միլիոն):

Կանադայում Bushnik և համահեղինակների կողմից 2012թ. արձանագրվել է վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների օգտագործման զգալի աճ [154], սակայն արձանագրվել է նաև նախորդ՝ 2002թ. [155] իրականացված ազգային հետազոտության համեմատությամբ անպտուղության տարածվածության աճ, ինչը տարբեր տարա-

ծաշրջաններում 11.5%-ից (95% CI 10.2, 12.9) հասել է մինչև 15.7%-ի (95% CI 14.2, 17.4): Միաժամանակ արձանագրվել է նաև տղամարդու ամլության ցուցանիշի բարձրացում:

A.Chandra և համահեղինակների կողմից 2013 թվականին ներկայացվել է ԱՄՆ-ում 18-44 տարեկան կանանց շրջանում իրականացված ուսումնասիրության արդյունքները անպտղության տարածվածության և ընտանիքում երեխաների միջին թվի միտումների վերաբերյալ: Ներկայացված են նաև տվյալներ տղամարդկանց ամլության տարածվածության վերաբերյալ [156]:

18-44 տարեկան ամուսնացած կանանց շրջանում անպտղության հաճախականությունը 1982 թվականի 8.5%-ից (2.4 մլն կին) 2006-2010 թվականներին նվազել է մինչև 6.0% (1.5 մլն): Սակայն այդ ցուցանիշը անապահով խավի 18-44 տարեկան ամուսնացած կանանց շրջանում 1982-ի 11%-ից 2006-2010 թվականներին աճել է մինչև 15%: Ամուսնացած 18-44 տարեկան տղամարդկանց շրջանում ամլությունը 1982 թվականի 9.4%-ից բարձրացել է և 2006-2010 թվականներին կազմել է 12%:

Վերջին տարիներին արձանագրվել է նաև վերարտադրողական առողջության ցուցանիշների վատթարացում [48] նաև Ռուսաստանի Դաշնությունում: ԱՀԿ-ի «Մարդու վերարտադրությունը» ծրագրի շրջանակում իրականացվել են անպտղության տարածվածության ուսումնասիրություններ Ռուսաստանի Դաշնության Արևմտյան և Արևելյան Սիբիրի, Ալթայի երկրամասի (Տոմսկ, Իրկուտսկ և Կեմերովո) տարածաշրջաններում [14, 37, 122]:

B.К Никитина և համահեղինակներն [71] ուսումնասիրել են անպտուղ ամուսնության տարածվածությունը ռուս և բուրյատ կանանց շրջանում, որի արդյունքում չի հայտնաբերվել անպտղության տարածվածության կախվածություն ազգությունից:

Ալթայի տարածաշրջանում անպտղության հաճախականությունը կանանց շրջանում կազմել է 16.2%, Տոմսկի տարածաշրջանում՝ 16.7% (քաղաքում՝ 19%, գյուղական բնակավայրերում՝ 17%) [130], Իրկուտսկի տարածաշրջանում՝ 19.6% (քաղաքում՝ 18.9%, գյուղերում՝ 21.3%) [43, 44, 66], Կեմերովոյում՝ 20.3% (քաղաքում՝ 20.5%, գյուղերում՝ 19.8%) [118], Բուրիաթիայի Հանրապետությունում՝ 19% [134]:

М. П. Ринчиндоржиева և З. Ю. Держаева [89] ուսումնասիրել են էկոլոգիայի և շրջակա միջավայրի բացասական ազդեցությունը անպտղության հաճախականության

վրա, մեկ ուրիշ աշխատանքում Մ. Ս. Րինչինդորժիևա [90], Ս. Դ. Սիտդիկովա, Օ. Ս. Իշուտկինա [98] ցույց են տվել արդյունաբերական քաղաքում անպտղության էպիդեմիոլոգիան, կլինիկական ձևերը, ռիսկի գործոնները:

Ս. Ս. Փրոլովա և համահեղինակները 2013 թվականին [124] հրապարակել են ԱՀԿ-ի մեթոդաբանությամբ և հարցաշարերով իրականացրված Տրանս-Բայկալյան տարածաշրջաններում բնակվող 18-35 տարեկան 2932 կանանց անպտղության հաճախականության համաճարակաբանական ուսումնասիրության տվյալները: Ըստ այդ տվյալների՝ անպտղության մակարդակը գերազանցել է ԱՀԿ-ի կողմից որոշված 15% ճգնաժամային մակարդակը և կազմել է 24.9% (քաղաքներում՝ 22.3%, գյուղական բնակավայրերում՝ 25.8%):

ՌԴ Ժողովրդագրական հավաքածուում [104] ներկայացված են սոցիալ-հիգիենիկ մոնիտորինգի արդյունքում ստացված՝ Տրանս-Բայկալյան տարածաշրջանների բնակչության առողջության բժշկաժողովրդագրական ցուցանիշները և դրանց կախվածությունը սոցիալ-տնտեսական վիճակից:

Համաձայն Ս. Ս. Դանկևիչ տվյալների [25]՝ ներկայումս Ուկրաինայում 1 մլն կին տառապում է անպտղությամբ, հաճախականությունը պոպուլյացիայում կազմում է 15-17%:

Այսպիսով, անպտուղ ամուսնության հաճախականությունը խիստ տարբեր է և տարբեր երկրներում տատանվում է 8-20%-ի սահմաններում: Այն հատկապես բարձր է արդյունաբերական խոշոր քաղաքներում՝ պայմանավորված շրջակա միջավայրի անբարենպաստ գործոններով, անապահով խավի մոտ, ոչ ռացիոնալ սնուցման ու սթրեսային իրավիճակների հետևանքով, հիպոթալամուս-հիպոֆիզ-գոնադային համակարգի դիսֆունկցիայով [37, 51, 89, 139, 207]:

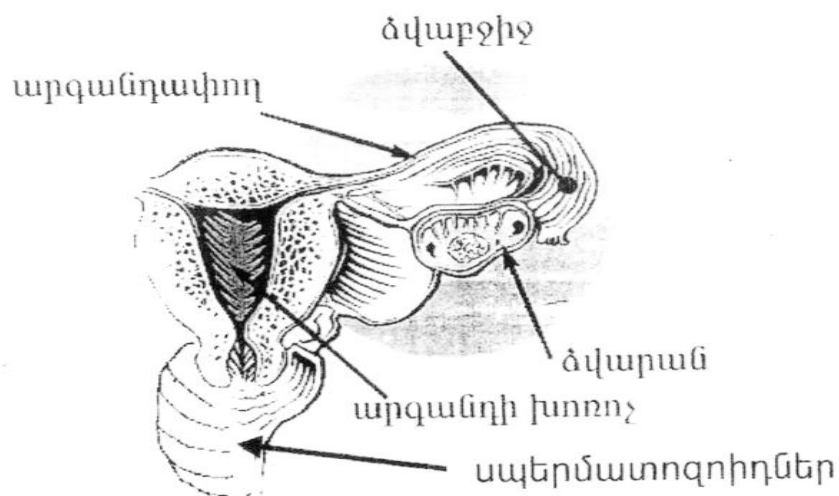
Վերջին տասնամյակներում նկատվում է նոր միտում՝ հղիության հետաձգումը և առաջին հղիության պլանավորումը 30-ից բարձր տարիքային խմբերում, երբ առաջանում է անպտղությանը նպաստող գործոնների կումուլյատիվ էֆեկտ: Տարիքի ավելացմանը զուգահեռ նվազում է ծվարանային ռեզերվը, հաճախանում են էքստրագենիտալ հիվանդությունները [13, 62, 63, 182]:

1.3. Անպտուղ ամուսնության պատճառագիտությունը, ախտածնությունն ու ախտորոշումը

Չնայած անպտղության ախտորոշման և բուժման բնագավառում առկա որոշակի հաջողություններին՝ այստեղ դեռ շատ են չլուծված խնդիրները:

Համաձայն դասական ռեպրոդուկտոլոգիայի դրույթների [10, 21, 92]՝ հղիության առաջացման համար անհրաժեշտ են տղամարդու և կնոջ կառուցվածքային ու ֆունկցիոնալ նորմալ սեռական օրգաններ և հինգ գործոնների միաժամանակյա ֆունկցիոնալ առկայություն՝

- 1) կենսունակ սպերմա
- 2) արգանդի պարանոցի թափանցիկ լորձային խցան
- 3) անցանելի փողեր
- 4) ձվազատում
- 5) արգանդի ու լորձաթաղանթի կառուցվածքային և ֆունկցիոնալ լիարժեքություն (Նկար 1.1):



Նկար 1.1. Հղիության առաջացման հինգ հիմնական պայմանները

Ելնելով անպտղության վերոնշյալ հինգ գործոններից՝ կլինիկապարզգենետիկ ձևերը խմբավորվում են [11, 56, 193] հետևյալ կերպ՝

- 1) փողաորովայնամզային անպտղություն
- 2) Էնդոկրին չբերություն, որը պայմանավորված է ձվազատման խանգարումներով

- 3) արգանդի պարանոցային պատճառների հետևանքով զարգացող անպտղություն
- 4) իմունոլոգիական անպտղություն
- 5) վերարտադրողական համակարգի անատոմիական և ֆունկցիոնալ խանգարումներով պայմանավորված անպտղություն
- 6) անհայտ ծագման անպտղություն:

Անպտղության առանձին պատճառներից է էնդոմետրիոզը, որն անպտղություն է առաջացնում մի քանի մեխանիզմով [20, 36, 123, 144, 166, 173,213].

- 1) փոքր կոնքի օրգաններում էնդոմետրիոզի հետերոտոպիկ օջախների հետևանքով կպումային պրոցեսի առաջացում,
- 2) փողերի էնդոմետրիոզի դեպքում՝ փողերի անանցանելիություն,
- 3) ձվարանների էնդոմետրիոզային կիստաներով պայմանավորված՝ անօվուլյացիա, ֆոլիկուլների որակական փոփոխություններ,
- 4) ադենոմիոզի դեպքում՝ էնդոմետրիումի հիպերպլազիա, էնդոմետրիումի ռեցեսսիտացիայի խանգարում,
- 5) իմունոլոգիական պատճառներով պայմանավորված անպտղություն:

Գենիտալ էնդոմետրիոզի ինչպես «փոքր», այնպես էլ խոր, ինֆիլտրատիվ ձևերը պահանջում են վերարտադրողականության օժանդակ մեթոդների՝ ԱՄԲ կիրառում [38, 197]:

Չնայած էնդոմետրիոզի ֆոնի վրա առաջացած անպտղության ախտորոշման և բուժման բնագավառում առկա որոշակի հաջողություններին՝ առայժմ դեռ շատ չլուծված հարցեր կան ինչպես էնդոմետրիոզի ախտորոշման և բուժման, այնպես էլ անպտղության ոլորտում [79, 136, 143, 151, 152, 165]:

Մասնավորապես, հավաստիորեն ուսումնասիրված չեն անպտղության հաճախականությունը, կառուցվածքը և նպաստող գործոնները ինչպես այլ երկրներում, այնպես էլ Հայաստանում:

Ամուսնական անպտղության տարածվածության հաճախականությանը վերաբերող համաճարակաբանական տվյալներն արձանագրված են ըստ դիմելիության (հիվանդության ռեեստր) և չեն արտացոլում իրական պատկերը [43, 48, 205]:

Հաճախ անհրաժեշտ լաբորատոր-ախտորոշիչ համակարգի բացակայության պատճառով անպտուղ զույգերի հետազոտումը և բուժումը չի համապատասխանում արդի պահանջներին և հնարավորություն չի ընձեռում պարզելու անպտղության առաջատար պատճառագիտական գործոնը [153, 167]:

Չնայած դրան՝ հաստատված են կանանց անպտղության հաճախակի հանդիպող կլինիկաախտաբանական հետևյալ ձևերը.

1.3.1. Փողաորովայնամզային անպտղության կլինիկաախտաբանական ձևերը

Արգանդափողերի տարբեր հատվածների խցանումը (օկլյուզիա) և փոքր կոնքում կպումային պրոցեսը փողաորովայնամզային անպտղության (ՓՈԱ), անպտուղ ամուսնության առավել հաճախակի հանդիպող ձևերից է և, տարբեր հեղինակների տվյալներով, կազմում է 35-70% [46, 96, 113, 129, 199]: Ուստի անպտղության փողաորովայնամզային ձևի ախտորոշումն ու բուժումը ժամանակակից գինեկոլոգիայի գերակա խնդիրներից են:

Ախտաբանության այս ձևի դեպքում կարող է դեր խաղալ երկու գործոն՝ փողային և որովայնամզային: Որպես կանոն՝ դրանք զուգակցվում են, թեպետ դրանցից յուրաքանչյուրը կարող է ինքնուրույն հանդես գալ: Դրանցից առաջատարն արգանդափողերի ախտաբանական փոփոխություններն են:

Առանձնացվում է փողաորովայնամզային ախտաբանության երեք տեսակի՝

- 1) լրիվ կամ մասնակի խցանում,
- 2) հիպոթալամուս-հիպոֆիզ-ձվարանային համակարգի դիսֆունկցիայի ֆոնի վրա կամ շուրջփողային փոփոխությունների հետևանքով փողի՝ ձվաբջջի տեղափոխման ֆունկցիայի կտրուկ խանգարում,
- 3) անատոմիական փոփոխությունների տարբեր տեսակների զուգակցում:

Փողաորովայնամզային անպտղության հիմնական պատճառը արգանդի ու հավելումների բորբոքային հիվանդություններն են, որոնք առաջին տեղն են զբաղեցնում գինեկոլոգիական հիվանդությունների շարքում [78, 111, 175]:

Երկրորդային անպտղություն հիմնական պատճառները (70-75%) նախկինում ունեցած արիեստական կամ ինքնաբեր վիժումներն են, ախտաբանական ծննդաբերությամբ

յունը (15-18%), արտարգանդային հղիությունը (8-10%) և դրանց հետևանքով զարգացող բորբոքային-կպումային պրոցեսները [40, 108, 129]:

Համաձայն գրականության տվյալների՝ **արգանդի և ձվարանների ուռուցքները** նույնպես կարող են հանգեցնել փողային անպտղություն: Այդ դեպքում առաջանում է փողի մեխանիկական ճնշում կամ խանգարվում է դրանց ֆունկցիոնալ վիճակը [81]: **Էնդոմետրիոզով** պայմանավորված՝ արգանդափողերի անանցանելիություն հանդիպում է դիտարկումների 11-15% դեպքում [38, 168, 204]:

Արգանդափողերի ախտահարումներն արտահայտվում են ոչ միայն խցանման տեսքով: Նվազ խոր խանգարումները կարող են և չուղեկցվել փողի լուսանցքի փակվելով, սակայն այդ դեպքում դրանցում նկատվում են թարթչային (ցիլիար), արտազատական ու մկանային համաձայնեցված գործունեության խանգարումներ, ինչի հետևանքով խափանվում է սպերմատոզոիդի առաջարժումը, ձվաբջջի կլանումը և դեպի արգանդ տեղափոխումը:

Այս կարգի խանգարումներով կարող է պայմանավորված լինել էկտոպիկ հղիության առաջացումը: Դա բացատրվում է նրանով, որ փողերի հիվանդությունների բուժումը նպաստում է արտարգանդային հղիության վտանգի մեծացմանը, քանզի միշտ չէ, որ այս կամ այն վիրաբուժական կամ բուժական ներգործության հետևանքով հաջողվում է նորմալացնել փողերի ֆունկցիան դրանց անատոմիական անցանելիությունը վերականգնելուց հետո [21, 47, 189]:

Գերակշռող դեպքերում արգանդափողերի հիվանդությունները կապված են բորբոքային պրոցեսի հետ և հաճախ ունեն երկկողմ բնույթ: Ախտաբանական փոփոխություններ կարող են առաջանալ փողի ցանկացած հատվածում, երբեմն՝ դրա ամբողջ երկայնքով: Սակայն գերազանցապես ախտահարվում են արգանդափողերի լայնությանին հատվածները, ինչը նկարագրված է առանձնահատուկ և ոչ առանձնահատուկ պատճառագիտությամբ փողաբորբերի (սալպինգիտների) բոլոր տեսակների դեպքում [129]:

Դասական պատկերացումների համաձայն՝ արգանդափողերի լայնությանին բաժինների գերիշխող ախտահարումը պաշտպանական մեխանիզմ է, որը կանխում է վարակի տարածումը ինչպես վերել, այնպես էլ վայրէջ սալպինգիտների ժամանակ: Բացի այդ, դրան նպաստում են արգանդափողերի լայնությանին բաժինների արյան մատակարարման առանձնահատկությունները երակային խորշիկների և զարկերակ-երակային

բերանակցումների (անաստոմոզների) տեսակով, ինչպես նաև թարթիչային էպիթելի օրգանիզմի բոլոր էպիթելային ծածկույթներից ամենախոցելիի գերակշռումը [21, 92]: Սալպինգիտների կլինիկական պատկերը միշտ չէ, որ պայմանավորված է հարուցիչի տեսակով, այլ առավելապես որոշվում է հիվանդի ընդհանուր առողջական վիճակով, պրեմորբիդ ֆոնով և իմունիտետի առանձնահատկություններով:

Սեռավարակների տարբեր տեսակների մեջ առավել նշանակություն ունի **Նեյսերի գոնոկոկը, հատկապես «L» ձևը**: Կանանց մոտ գոնորեան գերազանցապես բազմաօջախային հիվանդություն է, որին բնորոշ է ուրետրիտի, բարտոլինիտի, ցերվիցիտի, էնդոմետրիտի, սալպինգիտի հաջորդական առաջացումը: Գոնոկոկային սալպինգիտի հաճախականությունը կազմում է 10-12% [42, 78]:

Սեռական օրգանների տուբերկուլոզը երևան է գալիս սալպինգիտով հիվանդների 3.5-10%-ի շրջանում: Մեծ մասամբ այն հարուցում են հեշտոցից և արգանդի պարանոցից վերել ուղիով արգանդափող թափանցած միկրոօրգանիզմները: **Տուբերկուլոզային վարակի** դեպքերում հնարավոր է տարածման վայրէջ ուղի որովայնի խոռոչի հարևան օրգաններից կամ ավշային ուղիով [21, 92]:

Սեռական ճանապարհով փոխանցվող 25-ից ավելի հայտնի հարուցիչներից **խլամիդիա տրախոմատիսն** առանձնանում է նրանով, որ հարուցում է առանց ախտանշանների ընթացող հիվանդություններ, որոնց հետևանքը արգանդափողերի ծանր անատոմիական փոփոխություններն են [34]:

ՓՈԱ դեպքում խլամիդիաների բացահայտման հաճախականությունը պարանոցային նմուշներում շճաբանական հետազոտության ժամանակ տատանվում է 42-49%-ի սահմաններում [32]:

Մեծ մասամբ խլամիդիաները զուգակցվում են սովորական սեռական հերպեսի (9-17%), գարդնեռելայի (14%), ուրեպլազմայի (33%), միկոպլազմայի (21%), Candida դասի սնկերի (13%) հետ [120]:

Սեռական համակարգում տարբեր վարակների տարածման հաճախականությամբ խլամիդիայից հետո երկրորդ տեղը զբաղեցնում են **միկոպլազմաները**: Դրանք հաճախ ասոցացվում են գոնոկոկերի, տրիխոմոնադների, գարդնեռելա վագինալիսի և խլամիդիա տրախոմատիսի հետ [116, 119]:

Վիրուսային վարակների մեջ կարևոր տեղ են զբաղեցնում սովորական **սեռական հերպեսը, հատկապես HSV-2-րդ տեսակը, պապիլոմա վիրուսը** [108]:

Որովայնամզային ձևերի խմբին է դասվում այն անպտղությունը, որը պայմանավորված է վերարտադրողական ֆունկցիայի խանգարման հանգեցնող այլ գործոնների բացակայությամբ և շուրջփողային (պերիտուբար) կպումների առկայությամբ:

Փողերի խցանման պատճառ կարող է լինել ոչ միայն վարակային բնույթի բորբոքումը, այլև փոքր կոնքի կամ որովայնի խոռոչի օրգանների վիրահատությունից հետո հանդիպող կպումային պրոցեսը, հատկապես ապենդիցիտի դեստրուկտիվ ձևերից, ձվարանների մասնահատումից, փողային հղիության պատճառով փողահատումից (սալպինգէկտոմիայից) հետո [120]:

Առավել պարզ է փոքր կոնքի օրգաններում վիրահատությունից հետո կպումների առաջացման մեխանիզմը: Ակնհայտ է, որ պերիտուբար կպումների առաջացմանը նպաստում են սեռական օրգանների բորբոքային հիվանդությունները, արհեստական և ինքնաբեր վիժումները, ալերգիկ հիվանդությունները, ինվազիվ բնույթի բուժգործողությունները, օրինակ՝ նախկինում բուժման նպատակով լայն տարածում ունեցող հիդրոտուբացիաները, կլոր կապանների բլոկադաները, շուրջպարանոցային ներարկումները և այլն [49, 121, 129, 169, 189]:

Կպումային պրոցեսի դասակարգումը զգալիորեն դժվար է: Հեղինակներն առանձնացնում են կպումային պրոցեսի տարածման չորս աստիճան [110]:

- 1) կպումները նվազագույն են, ամբողջ ձվարանը մատչելի է տեսողական դիտման համար,
- 2) կպումներով քողարկված է ձվարանի մակերևույթի 50%-ից պակասը,
- 3) կպումներով քողարկված է ձվարանի 50%-ից ավելին,
- 4) ձվարանը տեսանելի չէ:

Լրացուցիչ նկարագրվում են կպումների հաստությունը, թափանցիկությունը, անոթների առկայությունը:

Փողաորովայնամզային անպտղության ախտորոշումը

Անպտղության այս տեսակի ախտորոշման համար օգտագործվում են հետևյալ գործիքային մեթոդները՝

- 1) հիստերոսալպինգոգրաֆիա (ՀՍԳ)

2) սոնոգրաֆիական հիդրոտուֆացիա:

Սակայն այս մեթոդներից յուրաքանչյուրը տալիս է ինչպես կեղծ դրական, այնպես էլ կեղծ բացասական պատասխաններ, այնպես որ սխալ եզրակացությունների ընդհանուր հաճախականությունը կազմում է մինչև 15% [10]: **Կլինիկական պրակտիկայում խրոնիկական սալպինգիտի ախտորոշումը** մինչև այժմ հիմնվում էր անամնեզի, երկձեռքանի հետազոտության և ՀՍԳ տվյալների վրա: Վերջին շրջանում երևան են եկել աշխատություններ, որոնք վկայում են ախտորոշման այս մեթոդների անբավարար զգայունության և հավաստիության մասին: Ներկայումս առավել տեղեկատվական և հավաստի մեթոդը լապարոսկոպիան է [75, 141]:

Հետազոտության լապարոսկոպիկ մեթոդն օժտված է ախտորոշման ճշգրտությամբ, որը մոտենում է 100%-ի:

ՓՈԱ-ով հիվանդների շրջանում լապարոսկոպիայի վաղ կիրառման առավելություններն են՝

- 1) մանրէաբանական հետազոտության համար նյութ վերցնելու հնարավորությունը, որին հաջորդում է հարուցիչի նույնականացումը,
- 2) փոքր կոնքի օրգանների վիզուալ հետազոտումը,
- 3) արգանդափողերի անցանելիության, դրանց վիճակի, մկանային ակտիվության, փողերի և ծոպերի շարժունության գնահատումը,
- 4) կպումային պրոցեսի տարածման աստիճանը,
- 5) արգանդի և ձվարանների վիճակի գնահատումը, անհրաժեշտ կենսազննվածք վերցնելու հնարավորությունը:

1.3.2. Կանանց անպտղության էնդոկրին ձևերը

Փողաորովայնամզային և արական գործոնից հետո էնդոկրին խանգարումները հաճախադեպությամբ անպտղության երրորդ պատճառն են և անպտղության պատճառների կառուցվածքում կազմում են շուրջ 35-40% [29, 114]:

Կանանց անպտղություն պատճառների 40%-ը կապված է ձվազատման դիսֆունկցիայի հետ: Անպտղության անձվազատական ձևերի մեծ մասը ներկայումս ենթակա է արդյունավետ դեղամիջոցային բուժման [53, 82, 160]: Հաճախ նույնիսկ վիրաբուժա-

կան բուժման ու վերարտադրողական օժանդակ մեթոդների օգտագործման անհրաժեշտություն չի առաջանում [35, 36, 70]:

Ձվաբջջի կանոնավոր հասունացումը և ձվազատումը հնարավոր է միայն հիպոթալամուս-հիպոֆիզ-ձվարանային համակարգի (<<ՁՀ) համապատասխան ֆունկցիայի դեպքում: Դրա դիսֆունկցիայի դեպքում հաճախ նկատվում է դատարկ ֆոլիկուլների ֆենոմենը, որը պահանջում է ՎՕՏ [75]:

Անձվազատման (անօվույացիա) ախտորոշումը

Ամենորեա, 35 օրից ավելի կամ 21 օրից պակաս դաշտանաշրջանի տևողություն, ինչպես նաև ծայրաստիճան փոփոխական (վարիաբել) պարբերաշրջան ունեցող (դաշտանաշրջանի տևողության վարիաբելությունը յոթ օրից ավելի) կանայք, որպես կանոն, ունենում են ձվազատման խանգարումներ [16, 35]:

Արյան շիճուկում 5 նգ/մլ-ից պակաս պրոգեստերոնի մակարդակը ենթադրվող լյուտեինային փուլի (սպասվող դաշտանից 5-7 օր առաջ) կեսերին միշտ վկայում է տվյալ պարբերաշրջանում ձվազատման բացակայության մասին: Շիճուկում 15 նգ/մլ-ից ավելի պրոգեստերոնի խտությունն անկասկած փաստում է տվյալ պարբերաշրջանում կատարված ձվազատման մասին [45,185]:

Էնդոմետրիումի հյուսվածաբանական հետազոտությունը նույնպես հնարավորություն է ընձեռում հայտնաբերելու անօվույացիա, եթե ենթադրվող դաշտանից 3-4 օր առաջ բացահայտվել է էնդոմետրիումի պրոլիֆերացիա՝ առանց սեկրետոր ձևափոխման: Այս մեթոդը ևս դեղին մարմնի ֆունկցիայի դեֆիցիտի (պակասի) ախտորոշման մեթոդներից է, որը, սակայն, ներկայումս կիրառվում է հատուկ մեթոդաբանությամբ էնդոմետրիումի ռեցեպտացիայի վիճակի գնահատման համար իրականացված, այսպես կոչված, «Փայպ մեթոդաբանությամբ» [188]:

Բավական ստույգ կարելի է ապացուցել ձվազատումը (օվույացիա) կամ դրա բացակայությունը գերձայնային ֆոլիկուլաչափման միջոցով: Նորմում նախաձվազատման շրջանում ամենօրյա հետազոտություններ կատարելիս բացահայտվում է աճող գերիշխող ֆոլիկուլ, որի տրամագիծը 20 մմ-ից ավելի է: Եթե հերթական հետազոտության ժամանակ ֆոլիկուլն անհետացել է, կամ ֆոլիկուլի չափերը փոքրացել են, եզրագծերը դարձել են անհարթ, ներքին կառուցվածքը՝ հետերոգեն, և Դուգլասյան տարածության

մեջ հայտնվել է ազատ հեղուկ, որոշակի հավանականությամբ կարելի է հավաստել, որ ձվազատում է տեղի ունեցել [59, 192]:

Դասական ռեպրոդուկտիվություն կիրառվում է ձվազատման խանգարումների դասակարգում, որի համաձայն առանձնացնում են երեք խումբ [21, 35].

1) Հիպոթալամուս-հիպոֆիզային անբավարարություն. այս ախտաբանական վիճակի գլխավոր հատկանիշն արյան շիճուկում ՖԽՀ-ի և էստրադիոլի մակարդակի իջեցումն է: Ուստի խանգարումների այդ խումբը հաճախ կոչում են հիպոգոնադոտրոպային անձվազատում:

2) Հիպոթալամուս-հիպոֆիզարային դիսֆունկցիա. հիմնական ախտորոշիչ ցուցիչներն արյան շիճուկում ՖԽՀ-ի և էստրադիոլի բնականոն խտություններն են: Կիրառվում է նաև «նորմադոնադոտրոպային անձվազատում» եզրույթը:

3) Հիպոգոնադոտրոպային անձվազատման գլխավոր ախտորոշիչ չափանիշը ՖԽՀ-ի բարձր մակարդակն է (40 մՄԵ/մլ-ից ավելի): Հաճախ այս խմբի կանանց մոտ դիտվում է հիպերանդրոգենեմիա:

Անձվազատության պատճառ կարող են լինել վահանագեղձի և մակերիկամների ֆունկցիայի խանգարման հանգեցնող հիվանդությունները (հիպեր և հիպոթիրեոզը, հիպերանդրոգենիան և հիպերպրոլակտինեմիան) [76]:

Հաշվի առնելով այն, որ ձվազատման խանգարումների 15%-ը կապված է հատուկ դեղամիջոցային շտկման ենթակա հիպերպրոլակտինեմիայի առկայության հետ, արյան մեջ պրոլակտինի մակարդակի որոշումը ցուցված է ձվազատում չունեցող բոլոր հիվանդներին [117]:

Պրոլակտինի մակարդակի աննշան բարձրացման դեպքում հաճախ վիճակը լինում է տրանզիտոր, որը հաստատվում է կրկնակի հետազոտությունների ժամանակ, երբ հիպերպրոլակտինեմիան չի վերարտադրվում: Այն կարող է կապված լինել սթրեսի, ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության, պրոտեինոլ հարուստ սննդակարգի և անգամ երակասեղնաձևման (պունկցիայի) հետ: Որոշ դեղամիջոցների ընդունումը կարող է առաջացնել արյան մեջ պրոլակտինի մակարդակի բարձրացում:

Պոլիկիստոզ ձվարանների համախտանիշ (ՊԿՁՀ)

ՊԿՁՀ-ն նորմադոնադոտրոպային անձվազատման ամենահաճախ հանդիպող պատճառներից է: Ժամանակակից պատկերացումներով՝ կարելի է այսպես ախտորոշել

խրոնիկական անձվագատությամբ տառապող կամ անձվագատության հակված և հիպերանդրոգենիզմի չափավոր արտահայտված նշաններ ունեցող կանանց, եթե հետազոտելիս այդ խանգարումների այլ պատճառներ չեն բացահայտվել: Չափավոր արտահայտված հիպերանդրոգենիզմը երևան է գալիս այնպիսի ձևերով, ինչպիսիք են հիրսուտիզմը, ակնեն, սերորեան [27, 97, 173]:

ՊԿՁՀ-ով հիվանդների ձվարանների գերձայնային սկանավորման ժամանակ սովորաբար հաջողվում է բացահայտել բավական բնորոշ փոփոխություններ, որոնք բավարարում են, այսպես կոչված, Ադամսի չափանիշներին [59]: Դրանք են՝

- 1) ձվարանի մեծացած չափերը (ծավալը՝ 10սմ³-ից ավելի կամ առավելագույն չափը՝ 4 սմ-ից ավելի),
- 2) ձվարանի պատիճի տակ գտնվող 3-8 մմ տրամագծով անէխոգեն 15-ից ավելի կլորավուն գոյացություններ,
- 3) ձվարանի հենքի հիպերէխոգենություն:

Արյան շիճուկում հորմոնների մակարդակը հետազոտելիս սովորաբար բացահայտվում են ԼՀ-ի բարձրացած խտություններ, ԼՀ/ՖԽՆ > 2-ից խտությունների հարաբերակցություն: Արտահայտված հիրսուտիզմի դեպքում անդրոգենների ավելցուկային սինթեզի աղբյուրը պարզելու համար նպատակահարմար է արյան մեջ տեստոստերոնի, անդրոստենդիոնի, դեհիդրոէպիանդրոստերոնի սուլֆատի (ԴԷԱՍ) և 17-հիդրոքսիպրոգեստերոնի մակարդակի որոշումը [35]:

ՊԿՁՀ-ի ժամանակ սովորաբար բարձր են տեստոստերոնի, անդրոստենդիոնի, իսկ 40% դեպքում՝ ԴԷԱՍ-ի (թեպետ ԴԷԱՍ-ը գերազանցապես մակերիկամային ծագման անդրոգեն է) խտությունները: Արյան մեջ 17-հիդրոքսիպրոգեստերոնի բարձրացած խտությունները ախտազնումիկ են մակերիկամների բնածին հիպերպլազիայի համար, ինչը պայմանավորված է 21-հիդրոքսիլազա ֆերմենտի պակասով [16, 198]:

Այսօր անհերքելի ապացույցներ կան, որ ՊԿՁՀ-ի պատճառը ինսուլինի նկատմամբ լիպոցիտների գենետիկորեն պատճառաբանված դիմադրողականությունն է (ռեզիստենտությունը): Այն հանգեցնում է հիպերինսուլինեմիայի և ձվարանի ներքին տեկի բջիջների խթանմանը ինսուլինի բարձրացած խտություններով: Արդյունքում արտազատվում է մեծ խտությամբ անդրոստենդիոն, որն արոմատացվում է էստրոնի ճարպային հյուսվածքի բջիջներում: Էստրոնի ավելցուկն ուժեղացնում է ԼՀ-ի արտազատումը,

որը, խթանելով ներքին տեկի բջիջների ակտիվությունը, փակում է «արատավոր շրջանը» ՊԿՁՀ-ի ախտաճագման մեջ [74]:

Վերը նկարագրված պրոցեսների հետևանքը խրոնիկական անձվագատումն է (որը հանգեցնում է անպտղության), հիպերանդրոգենիզմը (որի հետ կապված են կոսմետիկական խնդիրները) և արյան պլազմայի լիպոպրոտեինների խախտված հավասարակաշռությունը, ինչպես նաև էնդոմետրիոմի հիպերպլազիան: Անպտղության դեպքում ցուցված է ձվագատման խթանում:

Դեղին մարմնի ֆունկցիայի անբավարարություն

Այն նկարագրվում է որպես դիսօվույատորային խանգարում՝ կապված ինչպես անպտղության, այնպես էլ հղիության սովորական կրելախախտի հիմնախնդրի հետ: Այս ախտաբանության ախտորոշիչ ստանդարտը էնդոմետրիոմում արտազատական փոփոխությունների երկու օրից ավելի ուշացումն է սպասվելիք դաշտանից 3-4 օր առաջ վերցված էնդոմետրիոմի քերուկում, ինչպես նաև պրոգեստերոնի ցածր մակարդակը դաշտանային պարբերաշրջանի 17-21-րդ օրերի ընթացքում [16, 97, 192]:

Ձվարանային անբավարարության ախտորոշման չափանիշը անտիմյուլերյան հորմոնի խտության իջեցումն է ձվարանների ֆոլիկուլային պաշարի զգալի կրճատման պայմաններում: Այն առաջանում է զանազան պատճառներով, ինչպես նաև ֆոլիկուլոգենեզին մասնակցող ֆերմենտների գենետիկական անբավարարության հետևանքով [12, 13, 64, 65]:

Չանազան արտաքին գործոններ կարող են ձվարանի ֆոլիկուլային պաշարի քայքայման պատճառ լինել: Իոնացնող ճառագայթահարման ներգործությունը հանգեցնում է ձվարանի ֆոլիկուլային ապարատի անդառնալի քայքայման: Չարորակ ուռուցքները բուժելիս ցիտոստատիկների օգտագործումը հաճախ հանգեցնում է հիպերգոնադոտրոպային անձվագատման զարգացման, որը մի շարք դեպքերում հնարավոր է շտկել: Ինֆեկցիոն օֆորիտը, որը հանգեցնում է ֆոլիկուլային պաշարի ոչնչացման, կարող է հարուցվել էպիդեմիկ պարօտիտի վիրուսով [5, 142, 149]:

Վերջին տարիների ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ անպտղություն առաջացնող գործոն է **ակտիվ ծխելը** [142, 157]:

Ճարպակալումը և մետաբոլիկ խանգարումները ևս ունեն կարևոր դերակատարություն անպտղության ախտաճանության մեջ: Հավելյալ ճարպաշերտը էստրոգենների

անընդհատ արտադրման աղբյուր է, ուստի այդ խնդիրն ունեցող կանայք հատուկ ուշադրության կարիք ունեն, քանի որ հաճախ դրանք, բացի անձվազատումից, ուղեկցվում են էնդոմետրիումի հիպերպլազիայով, արգանդի միոմայով և ադենոմիոզով [73]:

1.3.3. Հոգեծին (փսիխոգեն) գործոններով պայմանավորված անպտղություն

Ընտանիքում կամ աշխատանքում կոնֆլիկտային վիճակները, սեռական կյանքի անբավարարությունը, ինչպես նաև երեխա ունենալու համառ ցանկությունը կամ ընդհակառակը՝ հղիանալու վախը, կարող են հանգեցնել ձվազատման խանգարման և անպտղության: Սթրեսային վիճակները, որոնք ուղեկցվում են վեգետատիվ խանգարումներով, կարող են հանգեցնել արգանդափողերի հարմկանային տարրերի դիսկորդինացիայի առաջացման, հետևաբար՝ փողերի ֆունկցիոնալ անանցանելիության և ձվազատման խանգարումների [31, 161]:

1.3.4. Իմունաբանական անպտղություն

Անպտղության այս ձևի ժամանակ կնոջ կամ տղամարդու օրգանիզմում զարգանում է բջջային կամ հումորալ իմունային ռեակցիա սպերմալ անտիգենների նկատմամբ: Ոչ միայն տղամարդու սպերմատոզոիդները, այլև սպերմալ հեղուկը օժտված են անտիգենային ակտիվությամբ [17, 93]:

Կնոջ օրգանիզմում առաջանում են հետևյալ հակասպերմալ հակամարմինները՝

- 1) սպերմագլյուտինացնող
- 2) սպերմաիմոբիլիզացնող
- 3) սպերմացիտոտոքսիկ:

Կնոջ օրգանիզմում առաջացած հակամարմինները կա՛մ պրեցիպիտացիայի են ենթարկում սպերմատոզոիդները, կա՛մ առաջացնում են դրանց անշարժացում և դիսկինեզիա (շարժման խանգարում):

Ախտորոշմանը օգնում է պոստկոիտալ թեստը, որի ժամանակ հայտնաբերվում է «սպերմատոզոիդների ճոճման ֆենոմենը», երբ պարանոցային լորձի մեջ համընթաց շարժման փոխարեն նրանք կատարում են տատանողական շարժում [91]:

Ներարգանդային արհեստական սերմնավորումը (ինսեմինացիա) իմունաբանական անպտղության բուժման արդյունավետ և հեռանկարային ուղղություն է, որը կա-

տարվում է ձվազատման շրջանում 2-3 անգամ ամուսնու՝ մաստուրբացիայի միջոցով ստացված սպերմայով: Ներմուծումը արգանդի խոռոչ կատարվում է ասեպտիկայի և անտիսեպտիկայի կանոնների խստագույնս պահպանմամբ:

1.3.5. Վերարտադրողական համակարգի անատոմիական խանգարումներով պայմանավորված անպտղություն

Սեռական համակարգի անատոմիական անլիարժեքությունը կարող է զարգանալ բնածին արատների [6, 103], վնասվածքների, ուռուցքների և զանազան հիվանդությունների ժամանակ դրանց մասնահատման կամ հեռացման հետևանքով: Անպտղություն են առաջացնում նաև միզասեռական խուղակները, արգանդի խոռոչում ներարգանդային զանազան բուժգործողությունների և արգանդի խոռոչի քերումից հետո առաջացած կպումները, սինեխիաները [47, 107, 121, 183]:

Վերջին տարիներին անպտղության պատճառագիտության մեջ որոշիչ տեղ է տրվում **ներարգանդային ախտաբանական գործոններին**, մասնավորապես՝ «բարակ էնդոմետրիումին», խրոնիկական էնդոմետրիտին, որը հաճախ զուգակցվում է էնդոմետրիումի հիպերպլաստիկ պրոցեսների, պոլիպների հետ [54, 61, 77, 83, 102, 103, 109, 115, 128, 160, 181]: Վերջիններիս ախտորոշման և բուժման մեթոդները շարունակաբար զարգանում են անտիբակտերիալ, հորմոնային և այլ միջոցների կատարելագործման շնորհիվ [60, 69, 132, 170, 176]: «Բարակ էնդոմետրիումը» հաճախ պահանջում է ՎՕՏ կիրառում [80, 187], իսկ խրոնիկական էնդոմետրիտը նվազեցնում է ՎՕՏ-ի արդյունավետությունը [94]: В. М. Сидельникова [99] առաջարկում է իրականացնել հատուկ նախապատրաստում վերարտադրողականության խանգարում ունեցող (հղիության կրելախախտ, անպտղություն) կանանց բուժման արդյունավետությունը բարձրացնելու համար:

Արգանդի և ձվարանների նորագոյացությունների, էնդոմետրիոզի, արգանդի դիրքի և դրության ախտաբանական վիճակների ժամանակ բեղմնավորումը և հղիությունը չեն բացառվում, սակայն դրանց հավանականությունը խիստ ցածր է: Սեռական համակարգի շատ անկանոնություններ (գոնադների դիսգենեզիա, տեստիկուլյար ֆեմինիզացիա, ինֆանտիլ, երկեղջյուր, թամբաձև, միջնորմներով արգանդ) ուղեկցվում են բացարձակ կամ հարաբերական անպտղությամբ:

Ախտորոշումը: Հաճախ գինեկոլոգիական երկձեռքանի հետազոտության ժամանակ հնարավոր է հայտնաբերել անպտղության պատճառ հանդիսացող սեռական համակարգի ուռուցքները, հեմատոկոլպոսը և հեմատոմետրան: Ախտորոշման ճշտման նպատակով հաճախ դիմում են ճառագայթային (գերձայնային հետազոտություն, հիստերոսալպինգոգրաֆիա), էնդոսկոպիական (հիստերոսկոպիա, լապարոսկոպիա) և բժշկագենետիկական հետազոտությունների մեթոդներին [3, 59, 95, 125, 189]:

1.3.6. Պարանոցային գործոններով պայմանավորված անպտղություն

Հեշտոցի և արգանդի պարանոցի բորբոքային հիվանդությունների, էնդոկրին խանգարումների հետևանքով փոխվում է պարանոցային լորձի կազմությունը, քիմիզմը, հեշտոցի pH-ը, ինչը և խանգարում է սպերմատոզոիդների ներթափանցմանը արգանդի խոռոչ և փողեր [50, 119, 180]:

Պարանոցային լորձի գնահատումը սպերմատոզոիդների անցման առումով ունի կարևոր գործնական նշանակություն: Այդ նպատակով կիրառվում է Շուվարսկի-Խունտերի պոստկոիտալ թեստը (պարանոցային լորձն ուսումնասիրվում է ձվազատման 12-14-րդ օրերին, այն վերցվում է անմիջապես սեռական հարաբերությունից հետո և դիտվում մանրադիտակով, տեսադաշտում պետք է լինեն 5-ից ավելի շարժուն սպերմատոզոիդներ): Մյուսը Կուրցրոկ-Միլերի՝ պարանոցային լորձի կոնտակտային թեստն է, որը կատարվում է մինչև 370 աստիճան տաքացրած առարկայական ապակու վրա պարանոցային լորձը և սերմնահեղուկը իրար հպելով: Թեստի արդյունքը դրական է համարվում, երբ սպերմատոզոիդները մեծ քանակությամբ թափանցում են լորձի մեջ և պահպանում իրենց շարժունությունը վեց ժամվա ընթացքում [91]:

Վերջին տարիներին բժշկագիտության և ռեպրոդուկտոլոգիայի նվաճումների ներդրումը գործնական աշխատանքում հնարավորություն տվեց բացահայտելու անպտուղ ամուսնության նոր պատճառներ:

Օ. Յ. Шестакова, Փ. Կ. Тетелютина [131] և Փ. Կ. Тетелютина և համահեղինակները [112] հետազոտել են շարակցական հյուսվածքի չդիֆերենցված դիսպլազիայի ֆոնի վրա զարգացած անպտղության դեպքում անպտուղ զույգերի վերարտադրողական առողջության վիճակը:

Ներկայումս հետազոտման ժամանակակից մեթոդների կիրառումը հնարավորություն տվեց ուսումնասիրելու բնածին և ձեռքբերովի թրոմբոֆիլիաների ազդեցությունը էնդոմետրիումի և ձվարանների ֆունկցիոնալ վիճակի վրա և հայտնաբերելու թրոմբոֆիլիաների դեպքում էնդոմետրիումի և ձվարանների անլիարժեքությունը: Դրանք հաճախ կարող են անպտղության պատճառ դառնալ, ուստի առաջարկվում է անպտղության համալիր բուժման մեջ ներառել թրոմբոֆիլիաների հետևանքների շտկմանն ուղղված միջոցառումներ [72]:

A. Kh. Gaidarova և համահեղինակներն [169] ուսումնասիրել են ուշ ռեպրոդուկտիվ փուլում գտնվող խրոնիկական պերսիստենցվող էնդոմետրիոսի դեպքում ֆունկցիոնալ միկրոցիրկուլյատոր համակարգի ֆունկցիոնալ բնութագիրը դինամիկայում և հաստատել են տարիքին զուգընթաց էնդոմետրիումի անլիարժեքության բարձրացման ռիսկը:

1.4. Անպտուղ ամուսնության անդրոլոգիական հայեցակետերը

1.4.1. Տղամարդու ամլության պատճառները, ախտաճնությունն ու ախտորոշումը

Վերջին տարիներին վերարտադրողական ֆունկցիայի խանգարումները, մասնավորապես տղամարդկանց ամլությունը, ձեռք են բերել հատուկ բժշկական և սոցիալական նշանակություն [4, 8, 23,179,195]:

Ժողովրդագրական ցուցանիշները վկայում են տղամարդկանց ինֆերտիլ վիճակի հաճախականության աճի մասին, որը միջինում հասնում է 30-40%-ի [8, 18, 202]: Տղամարդկանց ամլությունը սկիզբ է առնում ախտաբանորեն ընթացող տարբեր պրոցեսների, մասնավորապես վաղ մանկական և սեռական հասունացման շրջանում տարած էպիդեմիկ պարոտիտի, վիրահատական միջամտությունների, զարգացման բնածին շեղումների, այլ վնասող գործոնների հետ, որոնք բացասականորեն են ազդում էնդոկրին գեղձերի, կենտրոնական նյարդային համակարգի, անմիջապես գոնադների վրա՝ հանգեցնելով սերմնային խողովակների և ամորձու դիստրոֆիկ փոփոխությունների, և նպաստում են պաթոգոսպերմիայի զարգացմանը [22, 86, 88]:

Տղամարդու ամլության բազմաբնույթ լինելը, հիվանդության զարգացման բարդությունը, տղամարդու գոնադների ֆունկցիոնալ կապը բոլոր օրգանների և տղամարդու

օրգանիզմի այլ համակարգերի հետ մեծ դժվարություններ են առաջացնում սպերմատոզենեզի խախտումների բուժման համապատասխան մեթոդների մշակման համար [100]:

Համաձայն դասական ռեպրոդուկտոլոգիայի, ամերիկյան ուրոլոգների ասոցիացիայի տվյալների՝ տղամարդու ամլության հիմնական պատճառներն են [10, 110, 172]՝

- 1) վարիկոցելեն
- 2) սեռական օրգանների բորբոքային հիվանդությունները
- 3) չբացահայտված բնույթի պաթոզոոսպերմիան
- 4) սերմնային հեղուկի մեկուսացված խախտումները
- 5) իմունոլոգիական անպտղությունը
- 6) զարգացման բնածին արատները (կրիպտորխիզմ, հիպոսպադիա, էպիսպադիա և այլ)
- 7) մարմնական հիվանդությունները (տուբերկուլոզ, լյարդի ցիրոզ, խրոնիկական երիկամային անբավարարություն, շնչառական օրգանների խրոնիկական հիվանդություններ, շաքարային դիաբետ, բարդացած օրիխտոմ և այլ)
- 8) վիրաբուժական միջամտություններ աճուկային ճողվածքի դեպքում (հիդրոցելե, ուրետրայի ստրիկտուրաներ, միզապարկի վիրահատություններ, սիմպաթեկտոմիա և այլն)
- 9) կոնսերվատիվ բուժման որոշ տեսակները՝
 - ✓ ճառագայթային, հորմոնային թերապիա և քիմիաթերապիա
 - ✓ տրանսվիլիզատորների և հիպոտենզիվ դեղամիջոցների ընդունում
 - ✓ սուլֆանիլամիդների, նիտրոֆուրանի արտադրյալների և թմրադեղերի ընդունում,
- 10) սեռական և էյակուլյատոր խախտումները՝
 - ✓ օբստրուկտիվ ազոոսպերմիա, օլիգոզոսպերմիա
 - ✓ ազոոսպերմիա,
 - ✓ օլիգոզոսպերմիա
 - ✓ նեկրոզոսպերմիա
 - ✓ աստենոզոսպերմիա,
- 11) անպտղության էնդոկրին տեսակները՝
 - ✓ հիպերգոնադոտրոպ հիպոգոնադիզմ (առաջնային)

- ✓ հիպերգոնադոտրոպ հիպոգոնադիզմ (երկրորդական)
- ✓ նորմոգոնադոտրոպ հիպոգոնադիզմ
- ✓ հիպերպրոլակտինեմիա
- ✓ տեստոստերոնի դեֆիցիտային վիճակներ:

Վերջին տարիներին բազմաթիվ հրապարակումներում [84, 85, 86, 100, 101, 200] խիստ կարևորվում են տղամարդու՝

- 1) կենսակերպը
- 2) ինտոքսիկացիաները՝ ակոհոլ օգտագործելը և ծխելը
- 3) մասնագիտական վնասները՝ շփում օրգանական և ոչ օրգանական նյութերի հետ, իոնացնող ճառագայթման ազդեցություն
- 4) ջերմային գործոնը՝ աշխատանք բարձր և ցածր ջերմաստիճանների պայմաններում, երկարատև տենդագին վիճակ մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացումով (38 և ավելի)
- 5) փոշտի օրգանների վնասվածքը
- 6) ամուսինների հարաբերությունների կոնֆլիկտային վիճակներ (հոգեբանական անպտղություն)
- 7) ալիմենտար գործոն:

Ամլություն առաջացնող պատճառների և հիվանդության կլինիկական դրսևորումների բազմազանությունը մեծ դժվարություններ է առաջացնում դասակարգման մշակման համար: Այնուամենայնիվ, ԱՀԿ-ն և կլինիցիստների մեծամասնությունը [186, 208] տարբերակում են՝

- 1) սեկրետոր ամլություն՝ պայմանավորված բնածին և ձեռքբերովի ախտաբանությամբ,
- 2) էքսկրետոր ամլություն՝ կապված սպերմատոզոիդների տեղաշարժման խախտումների հետ սերմարտահանող ճանապահով,
- 3) համակցված ամլություն, երբ սեռական գեղձերի սեկրետոր անբավարարությունը միաժամանակ զուգակցվում է օբստրուկտիվ, իմունոլոգիական կամ բորբոքային հիվանդություններով,
- 4) իմունոլոգիական ամլություն,
- 5) հարաբերական ամլություն:

Տղամարդու ամլության պատճառագիտությունը բազմազան է: Գրականության տվյալների վերլուծությունը ցույց տվեց, որ սպերմատոգենեզի խախտման հանգեցնող պատճառները նպատակահարմար է բաժանել հիմնական՝ ավելի հաճախ հանդիպող, և լրացուցիչ՝ ինքնուրույն և հիմնական գործոնների հետ համակցվող պատճառների:

Ներկայացված պատճառների թվարկումը ցույց է տալիս տղամարդու ինֆերտիլության բազմաբնույթ լինելը և ախտորոշման բարդությունները, երբ ամեն առանձին դեպքում հարկավոր է բացառել որևէ կամ մի քանի գործոն և բացահայտել հիմնական խախտումները, որոնք իրական պատճառական նշանակություն ունեն հիվանդի և ամուսնական զույգի համար: Դրա հետ մեկտեղ ամեն կլինիկական դեպք կարող է բարդանալ ամուսինների մոտ եղած մի քանի գործոնների առկայության դեպքում: Պայմանավորված հակասպերմալ հակամարմինների դասով, տեղակայմամբ և քանակով, որոնք կապված են սպերմատոզոիդների մակերեսի հետ, բացահայտվում են տարբեր խախտումներ.

- 1) նորմալ սպերմատոգենեզի փոփոխություններ, որոնք հանգեցնում են օլիգոսպերմիայի,
- 2) սպերմատոզոիդների շարժունակության ճնշում՝ աստենոսպերմիայից մինչև նեկրոզոսպերմիա,
- 3) սպերմատոզոիդների տեղաշարժման խախտումներ կանանց վերարտադրողական համակարգում,
- 4) սպերմատոզոիդի կողմից ձվաբջջի բեղմնավորման ընթացքի ճնշում,
- 5) էմբրիոնի իմպլանտացիայի բացակայություն:

Համաձայն անպտուղ զույգի հետազոտման ընդունված կարգի՝ անդրոլոգի, ռեպրոդուկտոլոգի խորհրդատվությունից հետո կատարվում է սերմնահեղուկի հետազոտություն:

Նորմալ էյակուլյատի ցուցանիշները, ըստ ԱՀԿ-ի, սպերմատոզոիդների քանակի և որակի գնահատման հետևյալ **նորմատիվ ցուցանիշներն են [208]**

- 1) խտությունը՝ 1 մլ-ում 20 միլիոնից ավելի,
- 2) շարժունությունը՝ 25%-ից ավելի շարժունակ սպերմատոզոիդներ էյակուլյացիայից 60 րոպե անց,
- 3) ձևաբանորեն՝ 50% նորմալ ձևեր,
- 4) ազյուտինացիայի բացակայություն:

Սերմնահեղուկի գնահատման ցուցիչներն են՝

- 1) ծավալը՝ 2.0 մլ,
- 2) տեսքը և մաճուցիկությունը՝ նորմալ,
- 3) pH 7.2 մինչև 7.8,
- 4) լեյկոցիտները՝ 1.0×10^6 միլիոն,
- 5) կուլտուրան՝ նեգատիվ կամ 1 մլ մանրէների քանակը՝ 1000:

Բացասական պոստկոիտալ թեստի դեպքում պարտադիր իրականացվում է միկրոագլյուտինացիայի թեստը (Ֆրիբերգի թեստ), որը թույլ է տալիս հայտնաբերել հակամարմիններ սպերմատոզոիդների նկատմամբ, ինչպես նաև իմոբիլիզացիայի թեստը (Իզոշիմի թեստ):

Սպերմագրում շեղումների և խրոնիկական բորբոքման դեպքում անհրաժեշտ է արյունային ազարի վրա էյակուլյատից ցանքս կատարել՝ հաշվելով գաղութների քանակը: Էյակուլյատի 1 մլ ցանքսից գաղութների թվի 1000 և ավելի լինելը վկայում է ակտիվ վարակի առկայության մասին և ցուցում է հանդիսանում լրացուցիչ լաբորատոր հետազոտման համար (հարուցիչների հայտնաբերում և անտիբիոտիկների նկատմամբ դրանց զգայնության որոշում):

Զարգացման արատների և ամորձիների խիստ փոփոխությունների ժամանակ ցուցված է բժշկագենետիկական կոնսուլտացիա [64]:

Սպերմագրում շեղումներ հայտնաբերելիս (օլիգոզոսպերմա, ազոսպերմա), վարիկոցելի և հիդրոցելի, ինչպես նաև զարգացման արատների դեպքում (էպիսպադիա և հիպոսպադիա) հիվանդներն ուղարկվում են ուրոլոգի, անդրոլոգի խորհրդատվությունների:

Տղամարդու վերարտադրողական ֆունկցիայի խախտումները պայմանավորված են սեռական օրգանների բորբոքային հիվանդությունների, զարգացման արատների հաճախականության բարձրացման միտումով, արտաքին միջավայրի վնասակար գործոնների ազդեցությամբ, ալկոհոլի չարաշահումով և ծխելով:

Հավաստիության և կատարման պարզության շնորհիվ լայն կիրառում է գտել MAR թեստը: Այս թեստով որոշվում է այն սպերմատոզոիդների տոկոսը, որոնք պատված են հակասպերմալ հակամարմիններով, և ֆազոկոնտրաստ միկրոսկոպիայի ժամանակ գնահատվում է նրանց տեղակայումը մակերեսին: ԱՀԿ-ի կողմից գործնական կիրառ-

ման համար առաջարկված այս թեստի միջոցով հնարավոր է որոշել իմունոգլոբուլինների երկու դաս՝ IgG և IgA [91]:

Իմունոֆլուորեսցենցիայի ոչ ուղիղ ճանապարհով հնարավոր է բացահայտել հակամարմինները և հայտնաբերել սպերմատոզոիդների մակերեսի վրա: Հակամարմինների ֆիքսման համար ավելի բնորոշ տեղ է մարմինը և հատկապես պոչի հատվածը, որն անշարժացնում է սպերմատոզոիդներին: Հակամարմինների կուտակումը սպերմատոզոիդի գլխիկի վրա, որպես կանոն, չի ազդում նրա շարժունակության վրա, բայց բնորոշում է ակրոսոմալ ռեակցիայի խախտումը: Գոյություն ունի տղամարդու և կնոջ հակասպերմալ հակամարմինների գոյացման մի քանի պատճառ: Տղամարդու վերարտադրողական համակարգում սպերմատոզոիդները հայտնվում են սեփական օրգանիզմի հյուսվածքների նկատմամբ իմունային տոլերանտության ձևավորումից հետո: Դրա համար ամորձիում կա հեմատոտեստիկուլյար պատնեշ, որը խանգարում է սպերմատոզոիդների փոխազդեցությանը իմունոկոմպենստենտ բջիջների հետ: Այս պատնեշը վնասող տարբեր գործոններն առաջացնում են իմունային ռեակցիա [10]:

Այդպիսի գործոնների շարքին են դասվում՝

- 1) ամորձու և սեռական գեղձերի հավելումների բորբոքային հիվանդությունները (օրխիտ, պրոստատիտ),
- 2) վնասվածք և վիրաբուժական միջամտություններ (ճողվածքահատում, վազէկտոմիա),
- 3) սեռական օրգաններում արյան շրջանառության խախտումներ (վարիկոցելե),
- 4) որոշ վարակիչ հիվանդություններ (էպիդեմիկ պարօտիտ),
- 5) փոշտի օրգանների վրա բարձր ջերմաստիճանի ազդեցություն:

Իմունային պատասխանի զարգացման մեխանիզմը սպերմատոզոիդների նկատմամբ կանանց մոտ ավելի քիչ է հետազոտված, քան տղամարդկանց:

Հաճախ կանանց վերարտադրողական համակարգում հակասպերմային հակամարմիններն առաջացնում են տեղային իմունային պատասխան: Իմունային ռեակցիայի համար ավելի բարենպաստ հատված է արգանդի պարանոցը: Այս գործընթացում ավելի սահմանափակ մասնակցություն ունեն էնդոմետրիումը, արգանդափողերը և հեշտոցը: Դրա պատճառը պարանոցային խողովակի լորձում մեծ քանակությամբ պլազմատիկ բջիջների առկայությունն է, որոնք ընդունակ են սինթեզելու սեկրետոր բաղադ-

րիչներ IgA: Բացի IgA-ից, պարանոցային լորձում հնարավոր է հայտնաբերել նաև այլ իմունոգլոբուլիններ, որոնք պատասխանատու են անպտղության համար, մասնավորապես՝ IgG [50,110]:

Իմունային անպտղությունն ախտորոշելու հնարավորությունները սահմանափակ են՝ պայմանավորված միասնական հավաստի մեթոդների բացակայությամբ, որոնք թույլ կտային բացահայտել վերարտադրողական համակարգի տարբեր բաժիններում հակասպերմային հակամարմինների առկայությունը՝

- 1) տղամարդկանց արյան մեջ և էյակուլյատում,
- 2) կանանց արյան մեջ, պարանոցային լորձում, ներարգանդային պարունակության մեջ, պերիտոնեալ և ֆոլիկուլյար հեղուկներում:

Հակամարմինների բացահայտման համար սպերմատոզոիդների նկատմամբ կիրառվող տարբեր մեթոդները մի շարք թերություններ ունեն, որոնցից հիմնականը ստույգ կորելյացիոն արժեքների բացակայությունն է հակասպերմային հակամարմինների քանակական գնահատման ժամանակ:

Նշենք, որ հղիություն չի բացառվում այն դեպքում, եթե ամուսիններից որևէ մեկի կամ էլ երկուսի մոտ բացահայտված են հակասպերմային հակամարմիններ, քանի որ վերջիններս ունակ են նվազեցնելու, բայց ոչ բացառելու հղիության հավանականությունը:

Տղամարդու ամլության բուժման պահպանողական մեթոդները հիմնականում կիրառվում են սեռավարակների, պաթոզոոսպերմիայի (օլիգո և աստենոզոոսպերմիա), էնդոկրին անպտղության և սեքսուալ-էյակուլյատոր խախտումների դեպքերում: Խախտված վերարտադրողականությամբ տղամարդկանց համար վիրաբուժական միջամտության ցուցում է հանդիսանում վարիկոցելեն, օբստրուկտիվ ազոոսպերմիան և զարգացման բնածին արատները (կրիպտորխիզմ, էպիսպադիա և այլն) [17]:

Անհաջող անցկացված պահպանողական և վիրաբուժական բուժման դեպքերում նախատեսված են բուժման այլընտրանքային մեթոդներ, որոնց շարքին են դասվում արհեստական սերմավորումը, արհեստական բեղմնավորումը՝ մեկ ձվաբջջի բեղմնավորումը մեկ սպերմատոզոիդով՝ ԻՔՍԻ [55, 171, 174, 193, 202]:

1.5. Վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառումը անպտուղ ամուսնության դեպքում

Վերջին տարիներին անպտուղ ամուսնության հաղթահարման գործում առավել զգալի տեղ են գրավում վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաները (ՎՕՏ):

Դրանք թույլ են տալիս ստեղծել ձվաբջջի բեղմնավորման, սաղմի աճի և հղիանալու համար լավագույն պայմաններ [39,68]: Վերջին տարիներին լուրջ ուսումնասիրություններ են կատարվում ՎՕՏ-ի անհաջող դեպքերի պատճառները հետազոտելու, վերացնելու և ՎՕՏ-ի արդյունավետությունը բարձրացնելու նպատակով [15, 150, 177]:

ՎՕՏ-ի կիրառման 35 տարվա ընթացքում ամբողջ աշխարհում ծնվել են հարյուր հազարավոր երեխաներ: Գրականության տվյալները վկայում են, որ 1000 ամուսնությունից վերը նշված մեթոդների օգնությանն է դիմում միջինը 3-4 ամուսնական զույգ, իսկ անպտուղ զույգերից՝ 40-45%-ը, երեխաների ծնվելու հավանականությունը 30-35% է [7, 15, 19, 30, 147, 202]:

Այդ մեթոդներից են՝

- 1) արտամարմնային (էքստրակորպորալ) բեղմնավորումը՝ արգանդի խոռոչ սաղմերի տեղափոխմամբ (ԱՄԲ-ՍՏ),
- 2) վերարտադրողականության օժանդակ մեթոդները դոնորական ձվաբջիջներով և սաղմերով,
- 3) ամուսնու կամ դոնորի սպերմայով արհեստական սերմնավորումը (ԱՍԱՍ, ԱՍԴՍ),
- 4) ձվաբջջի մեջ մեկ սպերմատոզոիդի ներցիտոպլազմային ներարկումը (ՁՍՆՅՆ- ԻՔՍԻ),
- 5) սուրոգատային մայրությունը,
- 6) սպերմատոզոիդների, ձվաբջիջների և սաղմերի կրիոսառեցումը:

Տնտեսագետները հաշվել են, որ ՎՕՏ օգտագործման դեպքում մեկ հղիության արժեքն ավելի ցածր է, քան ժամանակակից այլ համալիր մեթոդներով անպտուղության երկարատև ու անարդյունավետ բուժման դեպքում [28, 58, 138]:

ՎՕՏ-ների լայն տարածման մասին է վկայում այն փաստը, որ Ֆրանսիայում ծնված երեխաների 4%-ն աշխարհ է եկել ՎՕՏ-ի շնորհիվ, Շվեդիայում և Իսլանդիայում այդ ցուցանիշը կազմում է համապատասխանաբար 7 և 10% [39, , 105, 184,193]:

Արտամարմնային բեղմնավորումը (ԱՄԲ) օժանդակ վերարտադրողական տեխնոլոգիայի տեսակներից է, որի դեպքում ձվարանների խթանումից հետո պունկցիայի ճանապարհով վերցված ձվաբջիջները (օօցիտներ) ենթարկվում են սերմնավորման (ինսեմինացիա) և օրգանիզմից դուրս բեղմնավորման: Ստացվող սաղմերը (էմբրիոններ) աճեցվում են հատուկ միջավայրում և հետագայում տեղափոխվում արգանդի խոռոչ՝ հղիություն առաջացնելու նպատակով: ՀՀ կառավարության 2013 թվականի մարտի 7-ի N 214-Ն որոշմամբ հաստատվել են վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառման մեթոդների տեսակներն ու ցուցումները: Սահմանված են ԱՄԲ ներքոնշյալ ցուցումները.

Ցուցումներ արտամարմնային բեղմնավորման համար

- 1) փողային անպտղություն
 - ✓ անպտղության առավել տարածված պատճառներից է,
 - ✓ առաջանում է արգանդափողերի բացակայության կամ անանցանելիության պատճառով,
- 2) դնորական ձվաբջիջների կիրառման անհրաժեշտությունը (օվոցիտների դոնացիա),
- 3) անպտղության իմունաբանական գործոնները. պարանոցային լորձի և սերմի միջև կենսաբանական անհամատեղելիություն,
- 4) սերմի բեղմնավորող ունակության նվազում,
- 5) անհայտ ծագման անպտղություն, որը չի ենթարկվում բուժման,
- 6) արհեստական սերմնավորման անհաջող փորձերը (երեք և ավելի),
- 7) արական անպտղությունը. օլիգոզոոսպերմիա, աստենոզոոսպերմիա, ազոսպերմիա, ասպերմիա:

ԱՄԲ-ի և ՍՓ-ի որոշ ծրագրերում արական անպտղության բուժման ժամանակակից մեթոդները ներառում են ԻՔՍԻ մեթոդը (անմիջապես ձվաբջիջի մեջ մեկ սպերմա-

տողողի ներբջջապլազմային ներարկում), իսկ սերմնավիժուկում (էյակուլյատ) սպերմատոզոիդների բացարձակ բացակայության դեպքում՝ մակամորձային (էպիդիդիմալ) սպերմատոզոիդների միկրովիրաբուժական արտաքաշում (ասպիրացիա) (MESA) և ամորձային սպերմատոզոիդների արտահանում (էքստրակցիա) (TESE):

Ցուցումներ արհեստական սերմնավորման համար

- 1) սպերմայի սուբֆերտիլությունը,
- 2) վերարտադրողական համակարգի անատոմոֆունկցիոնալ խախտումները (վազինիզմ, հիպոսպադիա, սեքսուալ-էյակուլյատորային դիսֆունկցիա),
- 3) իմունային գործոնը,
- 4) սերմնային հեղուկի մեկուսացված խախտումները սպերմատոզոիդների նորմալ քանակի և որակի դեպքում,
- 5) ռետրոգրադ էյակուլյացիա նորմալ պահպանված սպերմատոզոիդների դեպքում:

Ցուցումներ դոնորական սպերմայով արհեստական սերմնավորման համար

- 1) շտկման չենթարկվող պաթոզոոսպերմիան,
- 2) իդիոպաթիկ ազոոսպերմիան,
- 3) ժառանգական հիվանդությունների առկայությունը,
- 4) ԱԲՄՍ-ի դրական արդյունքների բացակայությունը,
- 5) երեխաներ ունենալու ցանկություն ունեցող միայնակ կանայք:

Տղամարդու վերարտադրողական ֆունկցիայի լուրջ խախտումների ժամանակ, որոնք հանգեցնում են սպերմատոզոիդների կոնցենտրացիայի կրիտիկական նվազման ($<500 \times 10^3 / \text{մլ}$) և սպերմատոզոիդների շարժունակ և մորֆոլոգիական ձևերի կրճատման ($<20\%$), կիրառվում է ԱՄԴՍ կամ ԻՔՍԻ մեթոդիկական, որն ավելի նախընտրելի է համարվում, քան տղամարդու անպտղության բուժման այլ եղանակները, իսկ որոշ դեպքերում էլ բուժման միակ հնարավոր մեթոդն է համարվում:

ԻՔՍԻ-ն ձվաբջջի բեղմնավորումն է սպերմատոզոիդով միկրոներարկման ճանապարհով:

ՀՀ կառավարության վերոնշյալ որոշումով հաստատվել են նաև վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառման մեթոդների տարատեսակները:

Արհեստական (արտամարմնային/փորձանոթային) բեղմնավորում, որը կնոջ օրգանիզմից դուրս արհեստական եղանակով սպերմատոզոիդի և ձվաբջջի (սեփական կամ դոնորական) կորիզանյութերի միավորումն է և արդյունքում առաջացած սաղմի (դոնորական սաղմի) փորձանոթային զարգացումն ու ներպատվաստումը արգանդի խոռոչ, որի տարատեսակներն են՝

- 1) ամուսնական զույգի տղամարդու սպերմատոզոիդի և կնոջ ձվաբջջի կորիզանյութերի միավորմամբ ստացված սաղմի փորձանոթային զարգացում և ներպատվաստում արգանդի խոռոչ.
- 2) ամուսնական զույգի տղամարդու և դոնոր կնոջ ձվաբջջի կորիզանյութերի միավորմամբ ստացված սաղմի փորձանոթային զարգացում և ներպատվաստում արգանդի խոռոչ.
- 3) ամուսնական զույգի կնոջ ձվաբջջի և դոնոր տղամարդու սպերմատոզոիդների կորիզանյութերի միավորմամբ ստացված սաղմի փորձանոթային զարգացում և ներպատվաստում արգանդի խոռոչ.
- 4) ձվաբջջի ցիտոպլազմայի մեջ սպերմատոզոիդի ներարկում, որը բեղմնավորման նպատակով մեկական սպերմատոզոիդի ներարկումն է անմիջապես ձվաբջջի մեջ, դրա արդյունքում առաջացած սաղմի փորձանոթային զարգացումն ու ներպատվաստումը արգանդի խոռոչ:

Փոխնակ մայրություն, որը դոնորական սաղմի ներպատվաստումն է ոչ կենսաբանական/փոխնակ մոր արգանդի խոռոչում: Տարատեսակներն են՝

- 1) ամուսնական զույգի սպերմատոզոիդի և ձվաբջջի կորիզանյութերի միավորման արդյունքում առաջացած սաղմի (դոնորական սաղմ) փորձանոթային զարգացում և ներպատվաստում փոխնակ մոր արգանդի խոռոչ.
- 2) ամուսնական զույգի կնոջ ձվաբջջի և դոնոր տղամարդու սպերմատոզոիդի կորիզանյութերի միավորմամբ ստացված սաղմի փորձանոթային զարգացում և ներպատվաստում փոխնակ մոր արգանդի խոռոչ.
- 3) ամուսնական զույգի տղամարդու սպերմատոզոիդի և դոնոր կնոջ ձվաբջջի կորիզանյութերի միավորմամբ ստացված սաղմի փորձանոթային զարգացում և ներպատվաստում փոխնակ մոր արգանդի խոռոչ:

Արհեստական սերմնավորում, որը տղամարդու սերմի (սպերմայի) արհեստական ճանապարհով ներմուծումն է կնոջ օրգանիզմ: Տարատեսակներն են՝

1) արհեստական սերմնավորում՝ ամուսնու սերմնահեղուկով.

2) արհեստական սերմնավորում՝ դոնորական սերմնահեղուկով:

Արհեստական սերմնավորման մեթոդը կիրառելիս հաշվի են առնվում սոցիալական և բժշկական ցուցումները:

Այսպիսով, ժամանակակից անտրոպոտեխնոգենային սթրեսի, անբարենպաստ էկոլոգիայի, ոչ ռացիոնալ սնուցման, հիպոդինամիայի և ճարպակալման պայմաններում նկատվում է կանանց ու տղամարդկանց վերարտադրողական առողջության վատթարացում, ուստի նրանց վերարտադրողական առողջության պահպանումը պահանջում է տարբեր ոլորտի մասնագետների (թերապևտ, անդրոլոգ, ուրոլոգ, գինեկոլոգ, էնդոկրինոլոգ, ռեպրոդուկտոլոգ, էկոլոգ) համագործակցություն անպտղության հաճախակի պատճառ հանդիսացող գործոնների վաղ հայտնաբերման և կանխարգելման համար:

ԳԼՈՒԽ 2

ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՆՅՈՒԹԸ ԵՎ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ

2.1. Հետազոտության նյութը

Հետազոտության նյութի ընտրանքն իրականացվել է բազմաստիճան, ստրատիֆիկացված, կլաստերային ընտրանքի մեթոդով:

Նյութի հավաքագրման **նախնական փուլում** հաստատվել են՝

- 1) **ընտրանքային դիտարկման միավորը՝** առանձին վերցրած տնային տնտեսությունը (այսուհետ՝ տ/տ),
- 2) **ընտրանքային հարցման միավորները կամ թիրախային ռեսպոնդենտները՝** տ/տ այն ամուսնական զույգը, որում կինը 20-45 տարեկան է, ամուսինը՝ 20-50 տարեկան, և որում ո՛չ ամուսինը, ո՛չ կինը առողջական պատճառներով երբևէ երեխա չեն ունեցել կամ ներկայում չեն կարողանում ունենալ,
- 3) **ընտրանքային համակցության դիտարկման միավորների ընդհանուր թիվը՝** 2310 տ/տ,
- 4) **ընտրանքային մեկ կլաստերում ընտրանքային դիտարկման միավորների խմբաքանակը՝** 30 տ/տ,
- 5) **ընտրանքային կլաստերների ընդհանուր թիվը՝** 77 կլաստեր ՀՀ ողջ տարածքում,

Ընտրանքի իրականացման նախնական փուլում հաստատվել է նաև **ընտրանքային գլխավոր համակցությունը**: Որպես այդպիսին՝ նպատակահարմար է համարվել օգտագործել ՀՀ էլեկտրասպառող տնային տնտեսությունների 2013թ. ցուցակը:

Ընտրանքի այս փուլում իրականացվել է նաև այդ ցուցակի առաջնային տարակարգում՝ ըստ **ստրատաների՝ տ/տ-ների առանձին խոշոր վարչատարածքային խմբերի**: Որպես նման ստրատաներ՝ առանձնացվել են ՀՀ 10 մարզերից յուրաքանչյուրի առանձին քաղաքային և առանձին գյուղական տ/տ-ների և Երևան քաղաքի Մալաթիա-Սեբաստիա/Աջափնյակ, Արաբկիր/Քանաքեռ-Զեյթուն/Դավթաշեն, Ավան/Նոր Նորք/Նորք Մարաշ, Շենգավիթ, Էրեբունի և Կենտրոն համայնքախմբերի և համայնքների տ/տ բազմությունները (ընդամենը՝ 26 ստրատա):

Սրան հաջորդել է ստրատաներից յուրաքանչյուրում ներառված տ/տ-ների խմբավորումը՝ ըստ առանձին **կլաստերների**, միջին հաշվով՝ 150 տ/տ-ներից կազմված տարածքային առումով հնարավորինս խիտ տեղաբաշխված խմբերի, ինչի արդյունքում ստացվել են առանձին վերցրած ստրատաների կլաստերների ցուցակները:

Հիմնական ընտրանքը, այսինքն՝ գլխավոր համակցության միավորների թվից ընտրանքային համակցության միավորների առանձնացումը, իր հերթին կատարվել է երեք փուլով:

Առաջին փուլում կատարվել է ընտրանքային կլաստերների ընդհանուր թվի բաշխում՝ ըստ վերը նշված ստրատաների միավորների, գլխավոր համակցության միավորների ընդհանուր թվում ունեցած համամասնությունների, այսինքն՝ իրականացվել է համամասնական ընտրանք:

Երկրորդ փուլում առանձին վերցրած ստրատայի կլաստերների ցուցակից կատարվել է ընտրանքային դիտարկման որոշակի կլաստերների ավտոմատացված պատահական ընտրություն՝ պատահական թվերի գեներատորի օգտագործմամբ:

Աղյուսակ 2.1

**Ընտրված կլաստերների և տնային տնտեսությունների թիվը Երևանում՝
ըստ վարչական տարածքների**

| Երևան քաղաքի վարչական տարածքներ | Կլաստերների թիվը | տ/տ-ների թիվը | |
|------------------------------------|------------------|---------------|-------------|
| | | Հիմնական | Պահուստային |
| Մալաթիա-Սեբաստիա, Աջափնյակ | 7 | 210 | 210 |
| Արաբկիր, Քանաքեռ-Զեյթուն, Դավթաշեն | 7 | 210 | 210 |
| Ավան, Նոր Նորք, Նորք Մարաշ | 5 | 150 | 150 |
| Շենգավիթ | 4 | 120 | 120 |
| Էրեբունի | 3 | 90 | 90 |
| Կենտրոն | 2 | 60 | 60 |
| ԸՆԴԱՄԵՆԸ ԵՐԵՎԱՆ | 28 | 840 | 840 |

**Ընտրված կլաստերների և տնային տնտեսությունների թիվը
 ՀՀ մարզերում՝ ըստ գյուղական և քաղաքային համայնքների**

| | Մարզեր | Գյուղական տ/տ-ների թիվը | | | Քաղաքային տ/տ-ների թիվը | | |
|----|-----------------|-------------------------|------------|-------------|-------------------------|------------|-------------|
| | | Կլաստեր-ների թիվը | Հիմնական | Պահուստային | Կլաստեր-ների թիվը | Հիմնական | Պահուստային |
| 1 | Արագածոտն | 3 | 90 | 90 | 1 | 30 | 30 |
| 2 | Արարատ | 4 | 120 | 120 | 2 | 60 | 60 |
| 3 | Արմավիր | 4 | 120 | 120 | 2 | 60 | 60 |
| 4 | Գեղարքունիք | 2 | 60 | 60 | 2 | 60 | 60 |
| 5. | Կոտայք | 3 | 90 | 90 | 4 | 120 | 120 |
| 6 | Լոռի | 3 | 90 | 90 | 5 | 150 | 150 |
| 7 | Շիրակ | 2 | 60 | 60 | 4 | 120 | 120 |
| 8 | Սյունիք | 1 | 30 | 30 | 2 | 60 | 60 |
| 9 | Վայոց ձոր | 1 | 30 | 30 | 1 | 30 | 30 |
| 10 | Տավուշ | 2 | 60 | 60 | 1 | 30 | 30 |
| | Ընդամենը | 25 | 750 | 750 | 24 | 720 | 720 |

Ընտրանքի երրորդ՝ եզրափակիչ փուլում, նույնպես պատահական թվերի գեներատորի օգտագործմամբ իրականացվել է ընտրանքային կլաստերներում ներառված տ/տ-ների ցուցակից հիմնական ընտրանքային դիտարկման/հարցման ենթակա 30 տ/տ-ների ավտոմատացված պատահական ընտրանքը: Ընդ որում, յուրաքանչյուր կլաստերում դիտարկման հիմնական ընտրանք հանդիսացող տվյալ 30 տ/տ-ների այն մասին փոխարինելու համար, որի դիտարկումն այս կամ այն պատճառով (անհասանելիություն, տևական բացակայություն, հասցեն չգտնելը, հարցմանը մասնակցելուց հրաժարվելը և այլն) չի կայանա, նույն՝ պատահականության կարգով ընտրվել են ևս 30 տ/տ՝ պահուստի ընտրանք:

Նշենք, որ այս մեթոդաբանությամբ իրականացված ընտրանքի սխալի սահմանը +/-2.04% է, վստահության միջակայքը՝ 95%:

Ընտրանքի քանակական բնութագրիչները ներկայացված են 2.1 և 2.2 աղյուսակներում:

2.1.2. Հետազոտության աշխատանքների բնույթը և ծավալը

Հետազոտության դաշտային աշխատանքները՝ Հայաստանի ընտրանքային համակցությունում ներառված 18 քաղաքների և 25 գյուղերի, 52 քաղաքային և 25 գյուղական կլաստերների 2315 տնային տնտեսությունների հարցաթերթային հարցումներն իրականացվել են 2017 թվականի սեպտեմբերի 25-ից հոկտեմբերի 15-ն ընկած ժամանակահատվածում:

Դաշտային աշխատանքներն իրականացվել են նախնական ուսուցում և հրահանգավորում անցած 12 խմբավարներից և 12 գրուցավարներից կազմված աշխատանքային խմբի կողմից:

Դաշտային աշխատանքների ընթացքը կազմակերպվել, ղեկավարվել ու շարունակական վերահսկման/կարգավորման է ենթարկվել աշխատանքային խմբի ղեկավարի և հարցումների պատասխանատուի կողմից:

Դաշտային աշխատանքների ընթացքի վերահսկումն իրականացվել է ինչպես պարբերական այցելությունների, այնպես էլ շարունակական հեռախոսային կապի միջոցով:

Մարզային հարցումները, որպես կանոն, իրականացվել են այդ նպատակով կազմավորված, մեքենայացված աշխատանքային ենթախմբերի՝ համապատասխան մարզերի բնակավայրեր այցելությունների միջոցով:

Դաշտային աշխատանքների իրականացման տեխնոլոգիան

Դաշտային աշխատանքները կազմակերպվել և իրականացվել են հետևյալ տրամաբանական հաջորդականությամբ.

1. Նախապես մշակվել է հետազոտության դաշտային աշխատանքների իրականացման ժամանակացույց, որը հիմնականում պահպանվել է:

2. Հնարավորության դեպքում յուրաքանչյուր համայնք մեկնելուց առաջ խմբավարների կողմից իրականացվել են տվյալ համայնքի պլան-հատակագծի վրա հարցման ենթակա տ/տ-ների տեղաբաշխվածության ճշտում և ընտրանքային հասցեների նախնական խմբավորում:

3. Գյուղական համայնքներ ժամանելուց հետո խմբավարը նախևառաջ գյուղապետարանի աշխատակիցների օգնությամբ իրականացրել է հիմնական և պահուստային ընտրանքային ցուցակների հստակեցում՝ արձանագրելով այդ ցուցակներում ներառված այն տ/տ-ներին, որոնք հարցման ժամանակ այս կամ այն պատճառով բացակայելում էին բնակավայրից և չէին կարող դիտարկվել: Առանձնացվել են այն տ/տ-ները, որոնք, հարցման ժամանակ փաստացի գտնվելով համայնքում, կարող էին մասնակցել հարցմանը: Նախապես այցելել են հիմնական ընտրանքի տ/տ-ներ և միայն դրանց անբավարարության դեպքում՝ պահուստային ընտրանքի տ/տ-ներ:

Աղյուսակ 2.3

Հետազոտության ընտրանքում ներառված բնակավայրերի, կլաստերների և հարցման ենթարկված տ/տ-ների բաշխումը՝ ըստ Հայաստանի վարչատարածքային միավորների

| Վարչատարածքային միավորներ | Բնակավայրեր | | | Կլաստերներ | | | Հարցմանը մասնակցած տ/տ-ներ | | |
|---------------------------|-------------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|----------------------------|-------------|------------|
| | Ընդ. | քաղաք | գյուղ | Ընդ. | քաղաք | գյուղ | Ընդ. | քաղաք | գյուղ |
| Ք. Երևան | 1 | 1 | - | 28 | 28 | | 842 | 842 | - |
| Արագածոտնի մարզ | 4 | 1 | 3 | 4 | 1 | 3 | 121 | 30 | 91 |
| Արարատի մարզ | 6 | 2 | 4 | 6 | 2 | 4 | 182 | 61 | 121 |
| Արմավիրի մարզ | 6 | 2 | 4 | 6 | 2 | 4 | 180 | 60 | 120 |
| Գեղարքունիքի մարզ | 4 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 120 | 60 | 60 |
| Լոռու մարզ | 5 | 2 | 3 | 8 | 5 | 3 | 240 | 150 | 90 |
| Կոտայքի մարզ | 6 | 3 | 3 | 7 | 4 | 3 | 210 | 120 | 90 |
| Շիրակի մարզ | 3 | 1 | 2 | 6 | 4 | 2 | 180 | 120 | 60 |
| Վայոց ձորի մարզ | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 60 | 30 | 30 |
| Սյունիքի մարզ | 3 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 90 | 60 | 30 |
| Տավուշի մարզ | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 90 | 30 | 60 |
| Ընդամենը | 43 | 18 | 25 | 77 | 52 | 25 | 2315 | 1563 | 752 |

2.2. Հետազոտության մեթոդները

2.2.1. Հետազոտության հիմնական մեթոդը ակտիվ հարցման մեթոդաբանությունն է՝ հիմնված այդ նպատակով կազմված հարցաթերթերով հարցման արդյունքների վրա:

«Անպտղության պատճառների ու տարածվածության և օժանդակ տեխնոլոգիաների պահանջարկի գնահատման հետազոտության» իրականացման նպատակով կանանց և տղամարդկանց համար օգտագործվել է երկու առանձին հարցաթերթիկ, որոնք իրենց հերթին կազմված էին «Տնային տնտեսությունների բարեկեցությունը բնութագրող հարցաշարից» և «Անպտուղ թիրախային զույգի տղամարդու և կանանց անհատական հարցաթերթից»: Հարցաշարը հիմնված էր հետազոտության մոդելային գործիքների վրա և մշակվել էր SPSS ծրագրով: Հարցաշարերը կազմվել են հայերեն: Դրանք փորձարկվել են «դաշտային պայմաններում»՝ 2014թ. սեպտեմբեր-հոկտեմբեր ամիսներին:

Տնային տնտեսության հարցաշարն ուղղված է ընտրված տնային տնտեսության վերարտադրողական տարիքի կանանց (20-45 տարեկան) և տղամարդկանց (20-50 տարեկան) ամուսնական կարգավիճակի, հարցմանը մասնակցող կանանց և նրանց ամուսնու/զուգընկերոջ կրթական մակարդակի, սոցիալ-տնտեսական իրավիճակի, սեռական վարքագծի, պտղաբերության, աբորտների, վերարտադրողական առողջության և այլ տվյալների հավաքագրմանը:

Տնային տնտեսության բարեկեցության բնութագրիչների հարցաթերթը բաղկացած է հետևյալ հիմնական բաժիններից.

- 1) անհատական տվյալներ հարցման մասնակցի և ընտանիքում ապրող վերարտադրողական տարիքի կանանց և տղամարդկանց մասին,
- 2) ընդհանուր տեղեկատվություն հարցման մասնակցի կրթության, տնտեսական իրավիճակի և նրա սեռական վարքագծի մասին,
- 3) տվյալներ հարցման մասնակցի կողմից ընտանիքում երեխաների ցանկալի թվի, ընտանիքի պլանավորման, բեղմնականիսիչների վերաբերյալ իմացության և դրանց կիրառման մասին,
- 4) գիտելիքներ սեռավարակների (այդ թվում՝ ՁԻԱՀ, ՍՃՓՀ) տարածվածության մասին,

5) սեռական ակտիվության ու անպտուղ ամուսնության կապակցվածության վերաբերյալ հետազոտությունների և բուժման մասին:

Անհատական հարցաթերթում հավաքագրված են տվյալներ անպտղության պատճառագիտության պարզաբանման նպատակով կատարված հետազոտությունների արդյունքների մասին:

2.2.2. Հետազոտության իրականացման մեթոդաբանությունը

- 1) Ընտրվել և ուսուցանվել է 15 հարցազրուցավարներ՝ հարցազրույցներ վարելու և տվյալներ հավաքագրելու համար:
- 2) Նախատեսված ալգորիթմով ամուսնական զույգի հետազոտման համար ընտրվել և ուսուցանվել են մանկաբարձ-գինեկոլոգներ, լաբորատոր բժիշկներ և էխոսկոպիստներ:
- 3) Կլինիկական հետազոտման մատչելիության և հարցազրույցին կանանց ու տղամարդկանց առավելագույնս ընդգրկելու նպատակով հետազոտությունները կատարվել են ըստ բնակության վայրերի առաջնային բուժօգնության կենտրոններում՝ ապահովելով դրանք բժշկական անհրաժեշտ պարագաներով (ծեռնոց, հայելի, տակաշոր, առարկայական ապակի, Ֆոլկմանի գդալիկ, պինցետ, բինտ, բամբակ, ցենտրիֆուգ) և հետազոտությունների իրականացման համար անհրաժեշտ միջավայրով:
- 4) Սպեցիֆիկ հետազոտությունները կատարվել են նաև Վերարտադրողական առողջության, պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի հանրապետական ինստիտուտի լաբորատորիայում:
- 5) Կլինիկական հետազոտման հավաստիության բարձրացման, արգանդի պարանոցի խողովակի և արգանդի լորձաթաղանթի, հավելումների հիվանդությունների հայտնաբերման, ինչպես նաև խլամիդիայի և գոնորեայի բարդությունների հայտնաբերման համար որոշվեց շարժական էխոսկոպիայի միջոցով իրականացնել հետազոտման ենթակա կանանց փոքր կոնքի օրգանների գերձայնային հետազոտություն:
- 6) Այդ նպատակով մանկաբարձ-գինեկոլոգների խմբում ընդգրկվել են էխոսկոպիստներ:

7) Շարժական էփոսկոպների տրամադրումը և էփոսկոպիստների աշխատանքը, ինչպես նաև լաբորատոր հետազոտությունները կատարվել են Վերարտադրողական առողջության, պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի հանրապետական ինստիտուտի կողմից:

2.2.3. Դաշտային աշխատանքների արդյունքները

Դաշտային աշխատանքների արդյունքները, ամփոփված ըստ վարչատարածքային միավորների, ներկայացված են 2.2 և 2.3 աղյուսակներում:

Աղյուսակ 2.3-ի տվյալները նախ վկայում են, որ դաշտային աշխատանքների ընթացքում բոլոր վարչատարածքային միավորներում իրականացվել են հետազոտության ծրագրով նախատեսված թվով հարցումներ: Ավելին, Երևան քաղաքում, Արագածոտնի և Արմավիրի մարզերում կատարվել են նախանշված համապատասխանաբար 2.1 և 2 միավորներով ավելի հարցումներ: Նույն աղյուսակի տվյալների վկայությամբ, փաստացի կատարված 2315 հարցումներն ապահովվել են ընդհանուր առմամբ 3472 տ/տ-ի դիտարկման արդյունքում: Այսինքն՝ արդյունավետ է եղել կամ որ նույնն է՝ կայացած հարցումով է ավարտվել յուրաքանչյուր երեք դիտարկումից երկուսը, ինչը Հայաստանի ներկայիս պայմաններում կարող է գնահատվել որպես բավական բարձր արդյունք:

Կայացած հարցումների 67.2%-ը կամ 1553 հարցում ապահովվել է հիմնական ընտրանքի տ/տ-ների հաշվին, մնացած 32.8%-ը կամ 762 հարցում՝ պահուստի ընտրանքի տ/տ-ների հաշվին:

Դիտարկումների արդյունավետության աստիճանը՝ հարցումով ավարտված դիտարկումների տեսակարար կշիռը դիտարկումների ընդհանուր թվում, առավել բարձր է եղել Տավուշի (84.9%), Արագածոտնի (84.6%), Վայոց ձորի (81.1%) և Արարատի (79.1%) մարզերում: Դրա նվազագույն մակարդակն արձանագրվել է Լոռու մարզում՝ ընդամենը 53.3%: Տարածելով այս հարաբերական մեծությունն ընտրանքային գլխավոր համակցություն կազմող 778 հազար տ/տ-ների վրա, կարելի է պարզել, որ **ներկայումս Հայաստանում թիրախային ամուսնական զույգ** (ո՛չ կինը, ո՛չ ամուսինը, լինելով համապատասխանաբար 20-45 և 20-49 տարեկան, երբևէ երեխա չեն ունեցել կամ ներկայումս չեն կարողանում ունենալ իրենցից մեկի կամ երկուսի առող-

ջական խնդիրների պատճառով) **ունեցող տ/տ-ների թիվը կամ որ նույնն է՝ թիրախային ամուսնական զույգերի թիվը գտնվում է 20-24 հազարի միջակայքում:**

Դաշտային աշխատանքների ընթացքում, բացի հարցաթերթային հարցումներից, աշխատանքային խմբերին հանձնարարված է եղել այսպես կոչված «ձնագնդի» մեթոդով հարցված տ/տ-ների (հնարավորության դեպքում՝ նաև դիտարկման շրջանակում ներառված բնակավայրերի առողջապահական հաստատությունների, հիմնականում՝ գյուղական բուժկետների) օգնությամբ փորձել տեղեկություններ հավաքել դիտարկման շրջանակներում չներառված տ/տ-ների թիրախային ամուսնական զույգերի մասին: Այս կերպ ստացվել են ընդհանուր առմամբ 344 և 61 թիրախային զույգերի տվյալներ:

Եզրափակելով՝ նշենք, որ դաշտային աշխատանքներն իրականացվել են բնականոն ընթացքով, առանձնահատուկ բարդություններ և դժվարություններ, ուշադրության արժանի հատկանշական փաստեր չեն արձանագրվել:

2.3. Անպտուղ զույգերի հետազոտման մեթոդները

- 1) Ընդհանուր կլինիկական և գինեկոլոգիական հետազոտություն, անամնեզ, ընդհանուր կլինիկալաբորատոր հետազոտություն, զննում հայելիների միջոցով, արգանդի պարանոցի և հեշտոցի պարունակության բակտերոսկոպիական քննություն:
- 2) Սեռավարակների սքրինինգի առումով հիմնավորված են տրիխոմոնիազի, գարդներելայի, գոնորեայի և խլամիդիայի, ուրեոպլազմա ուրեյիտիկումի և միկոպլազմայի նկատմամբ հետազոտումները:
- 3) ԼՀ, պրոլակտին, ՖԽՀ, Էստրադիոլի, 17 հիդրոօքսիպրոգեստերոն հորմոնների հետազոտության մակարդակի որոշում կանանց արյան մեջ:
- 4) Փոքր կոնքի օրգանների, արգանդի, ձվարանների գերձայնային հետազոտություն:

ԳԼՈՒԽ 3

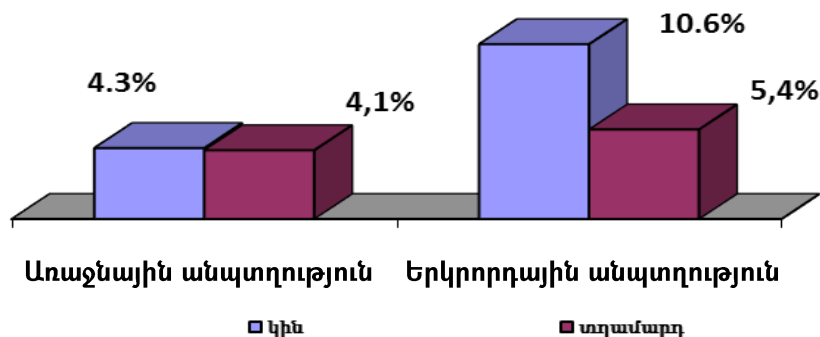
ՀԱՐՑՄԱՆ ՄԱՍՆԱԿԻՑՆԵՐԻ ԵՎ ԱՆՊՏՈՒՂ ԶՈՒՅԳԵՐԻ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ԲՆՈՒԹԱԳՐԻՉՆԵՐԸ

3.1. Անպտղության հաճախականությունը հետազոտվածների շրջանում

Հարցմանը մասնակցած 2315 կանանցից 344-ը (14.9%) անամենեզում նշել էին անպտղություն: Ընդ որում՝ առաջնային անպտղություն, այսինքն՝ անամենեզում մեկ և ավելի տարի սեռական կյանքով ապրելու դեպքում երբևիցէ հղիություն չէր ունեցել կանանցից 99-ը (4.3%), իսկ երկրորդային անպտղություն ունեցել էր 245-ը (10.6%) (Գծանկար 3.1):

Հարցմանը մասնակցած կանանց ամուսինների/զուգընկերների շրջանում 221 տղամարդ (9.5%) անամենեզում նշում էին ամլություն, ընդ որում, առաջնային ամլություն ուներ 96-ը (4.1%), երկրորդային ամլություն՝ 125-ը (5.4%): «Ձնագնդու» մեթոդով հավաքագրվել էր ևս 61 անպտուղ կին, որոնք ենթարկվել են համալիր կլինիկալաբորատոր հետազոտության՝ անպտղության պատճառները հայտնաբերելու համար:

Անպտղություն ունեցող 344 կին և 221 տղամարդ առանձնացվեցին որպես ֆոկուս խումբ: 109 (31.7%) ամուսնական զույգի մոտ հայտնաբերվել են անպտղության զուգակցված պատճառներ՝ պայմանավորված իգական և արական գործոններով:



Գծանկար 3.1. Հարցմանը մասնակցած կանանց և տղամարդկանց բաշխումը՝ ըստ անպտղության և ամլության տիպի

Դիտարկելով կանանց և տղամարդկանց անպտղության կառուցվածքը ըստ անպտղության տեսակների՝ կարելի է նշել, որ կանանց շրջանում առաջնային անպտղությունը 2.5 անգամ քիչ է հանդիպում երկրորդայինի համեմատությամբ, մինչդեռ տղամարդկանց դեպքում դրանք համարյա հավասար են, ինչը վկայում է կյանքի ընթացքում կանանց վերարտադրողական առողջության վատթարացման մասին (Գծանկար 3.1):

3.2. Հարցման մասնակիցների և անպտուղ զույգերի հիմնական բնութագրիչները (ըստ տարիքի, բնակավայրի, սոցիալ-տնտեսական և կրթական մակարդակի)

3.2.1. Հարցման մասնակիցների և անպտղություն ունեցող զույգերի բաշխումը՝ ըստ տարիքի և բնակավայրի

Ըստ տարիքային խմբերի՝ հարցման մասնակիցների բաշխումը ներկայացված է Աղյուսակ 3.1-ում, իսկ անպտուղ զույգերինը՝ Աղյուսակ 3.2-ում:

Աղյուսակ 3.1

Հարցմանը մասնակցած կանանց և տղամարդկանց բաշխումը՝ ըստ տարիքային խմբերի

| Հետազոտվածների տարիքային սահմանները | Կանանց տարիքը | | Տղամարդկանց տարիքը | |
|-------------------------------------|---------------|-------------|--------------------|------------|
| | Բացարձակ թիվ | % | Բացարձակ թիվ | % |
| 20-24 | 358 | 15, 5 | 45 | 1, 9 |
| 25-29 | 877 | 37, 7 | 573 | 24, 7 |
| 30-34 | 659 | 28, 3 | 695 | 30, 2 |
| 35-39 | 389 | 16, 8 | 753 | 32, 5 |
| 40-45 | 32 | 1, 4 | 178 | 7, 7 |
| 46-49 | 0 | 0 | 71 | 3, 1 |
| Ընդամենը | 2315 | 100% | 2315 | 100 |

Անպտղություն ունեցող զույգերի բաշխումը՝ ըստ տարիքի

| Անպտղ կանանց և տղամարդկանց տարիքը | Կանայք | | Տղամարդիկ | |
|--|------------------|------------|------------------|------------|
| | Բացարձակ թիվը | % | Բացարձակ թիվը | % |
| 20-24 | 23 | 6,7 | 2 | 0,9 |
| 25-29 | 57 | 16,6 | 26 | 11,7 |
| 30-34 | 152 | 44,2 | 96 | 43,4 |
| 35-39 | 105 | 30,5 | 47 | 21,3 |
| 40-45 | 7 | 2,0 | 28 | 12,7 |
| 46-50 | 0 | 0 | 22 | 9,6 |
| Ընդամենը | 344 | 100 | 221 | 100 |

35 տարեկանից բարձր տարիքային խմբերում հետազոտված կանանց և տղամարդկանց թիվը համապատասխանաբար կազմում էր 18.2% և 43.8%: Մինչդեռ 35-ից բարձր տարիքային խմբերում անպտղություն ունեցող կանանց և տղամարդկանց թիվը կազմում էր համապատասխանաբար 32.5% և 56.2%: Այսինքն՝ անպտղ կանանց թիվը շուրջ երկու անգամ ավելի մեծ էր ընդհանուր հետազոտվածների համեմատությամբ:

Հետազոտվածների թիվը որոշվել է ըստ տվյալ մարզի բնակչության թվի: Հետազոտությունն իրականացվել է Հայաստանի Հանրապետության տասը մարզում և Երևան քաղաքում:

Հետազոտությունների տվյալները ցույց են տալիս, որ, բնակավայրով պայմանավորված, հարցման մասնակիցների թիվը մարզերում և Երևան քաղաքում տղամարդկանց և կանանց համար համադրելի են:

Հայաստանի Հանրապետության բոլոր տասը մարզերում և Երևան քաղաքում հարցման մասնակիցների բաշխումն ունի հետևյալ պատկերը (Աղյուսակ 3.3):

Անպտուղ զույգերի բաշխումը՝ ըստ բնակության վայրի

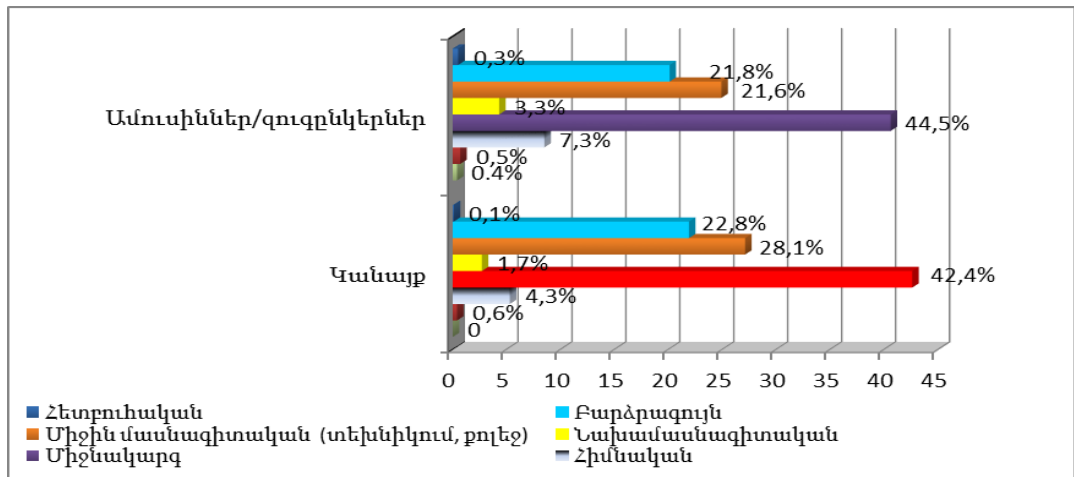
| Մարզ | Հետազոտվածների թիվը | Հարցմանը մասնակցած անպտուղ զույգերի թիվը | Տես. կշիռը ընտրանքում, % |
|-----------------|---------------------|--|--------------------------|
| Երևան | 784 | 112 | 14, 3 |
| Արագածոտն | 119 | 13 | 10, 9 |
| Արարատ | 151 | 23 | 15, 2 |
| Արմավիր | 138 | 19 | 13, 7 |
| Գեղարքունիք | 176 | 32 | 18, 2 |
| Լոռի | 159 | 27 | 16, 9 |
| Կոտայք | 208 | 33 | 15, 8 |
| Շիրակ | 186 | 29 | 15, 6 |
| Սյունիք | 159 | 27 | 16, 9 |
| Վայոց ձոր | 84 | 9 | 10, 7 |
| Տավուշ | 151 | 20 | 13, 2 |
| Ընդամենը | 2315 | 344 | 100, 0 |

Հարցմանը մասնակցած ամուսնական զույգերի ընդհանուր թվից 1051-ը (45.4%) քաղաքաբնակ է, 1264-ը (54.6%)՝ գյուղաբնակ: Անպտուղ զույգերի բաշխումը ըստ բնակության վայրի ներկայացված է Աղյուսակ 3.3-ում:

Ըստ բնակության վայրի՝ բարձր էր անպտուղության հաճախականությունը Արարատում, Գեղարքունիքում, Լոռիում, Կոտայքում, Շիրակում, Սյունիքում: Նշված տարածքներում 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%), Երևանում 14.3% էր:

3.2.2. Հարցման մասնակիցների բաշխումը՝ ըստ կրթական մակարդակի

Ըստ կրթական մակարդակի՝ կանանց և նրանց ամուսինների թվի բաշխվածությունը ներկայացված է Գծանկար 3.2-ում, իսկ անպտուղ կանանց և նրանց ամուսինների (զուգընկերոջ) բաշխվածությունն ըստ կրթական մակարդակի՝ Գծանկար 3.3-ում:

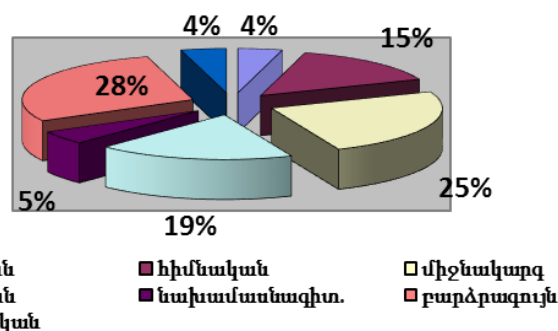


Գծանկար 3.2. Հարցման մասնակիցների բաշխումը՝ ըստ կրթական մակարդակի

Հարցմանը մասնակցած կանանց 42.4%-ն ունի ընդհանուր միջնակարգ, 29.8%-ը՝ նախնական մասնագիտական և միջնակարգ մասնագիտական, 22.9%-ը՝ բարձրագույն և հետբուհական, և միայն 4.3%-ը՝ հիմնական և տարրական կրթություն:

Ընդ որում, բարձրագույն կրթություն ունեցող կանանց գերակշիռ մասը՝ 74.9%-ը, այդ մակարդակին հասել է հետբուհական հնգամյա կրթության արդյունքում, այսինքն՝ կյանքում ընդհանուր առմամբ ուսանելով 15 տարի, 16.8%-ն ավարտել է բակալավրիատը՝ ուսանելով 14 տարի, 4.4%-ը՝ բակալավրիատը և մագիստրատուրան՝ ուսանելով 16 տարի, և 3.9%-ը յոթնամյա բարձրագույն կրթություն է ստացել՝ ուսանելով 17 տարի: Նրանց ամուսինների/զուգընկերների գերակշիռ մեծամասնության՝ 44.5%-ի կրթական ամենաբարձր մակարդակը եղել է միջնակարգ կրթությունը, 21.6%-ն ունեցել է միջին մասնագիտական, 21.8%-ը՝ բարձրագույն, 0.3%-ը՝ հետբուհական կրթություն, 8.2%-ի կրթական մակարդակը եղել է միջնակարգից ցածր:

Անպտուղ զույգերի կրթական մակարդակը ներկայացված է Գծանկար 3.3-ում: Ինչպես երևում է ներկայացված գծանկարի տվյալներից, անպտուղ զույգերի կրթական մակարդակը փոքր-ինչ գերազանցում է պոպուլյացիայի տվյալները:



Գծանկար 3.3. Անպտուղ զույգերի բաշխումը՝ ըստ կրթական մակարդակի

3.2.3. Հարցմանը մասնակցած կանանց և նրանց ամուսինների/զուգընկերների հիմնական զբաղմունքը, եկամտի աղբյուրը և չափը

Հարցմանը մասնակցած կանանց և նրանց ամուսինների/զուգընկերների հիմնական զբաղմունքի, եկամտի աղբյուրի մասին տեղեկությունը ներկայացված է Աղյուսակ 3.4-ում:

Աղյուսակ 3.4

Հետազոտված կանանց և ամուսինների/զուգընկերների բաշխվածությունը՝ ըստ նրանց հիմնական զբաղմունքի/եկամտի աղբյուրի

| Զբաղմունքի ոլորտը | Ամուսինների/զուգընկերների զբաղմունքը | | Կանանց զբաղմունքը | |
|---------------------------------|--------------------------------------|---------------|-------------------|---------------|
| | թիվ | % | թիվը | % |
| Գյուղատնտեսություն | 292 | 16.8 | 356 | 19.4 |
| Առևտուր (մեծածախ, այլ) | 105 | 7.5 | 26 | 2.4 |
| Սեփական գործ/բիզնես | 95 | 5.6 | 20 | 1.2 |
| Պետական աշխատանք | 397 | 21.9 | 354 | 17.6 |
| Օրավարձու աշխատանք | 432 | 29.8 | 94 | 9.4 |
| Դրամական փոխանցումներ արտերկրից | 22 | 1.1 | 3 | 1.4 |
| Վարձակալական վճարներ | 97 | 5.1 | 156 | 6.2 |
| Թոշակ/նպաստ | 40 | 1.1 | 25 | 1.6 |
| Այլ | 266 | 17.3 | 824 | 4.8 |
| Տնային տնտեսություն է վարում | 0 | 0 | 41 | 1.7 |
| Ընդամենը | 2315 | 100, 0 | 2315 | 100, 0 |

Հետազոտության արդյունքներից պարզվել է, որ հարցմանը նախորդած ամսվա ընթացքում ընտանիքների մեկ երրորդի՝ 30.1%-ի միջին վաստակը կազմել է 50 001-100000 ՀՀ դրամ, յուրաքանչյուր չորրորդ ընտանիքի՝ 26.8%-ի եկամուտը կազմել է 100001-150000 ՀՀ դրամ, 20.9%-ի դեպքում ընտանիքի եկամուտը գերազանցել է 150000 ՀՀ դրամը, իսկ 22.2%-ինը ցածր է եղել 50 000 ՀՀ դրամից (Աղյուսակ 3.5):

Ընտանիքների բաշխվածությունը՝ ըստ միջին ամսական եկամուտի (ՀՀ դրամ)

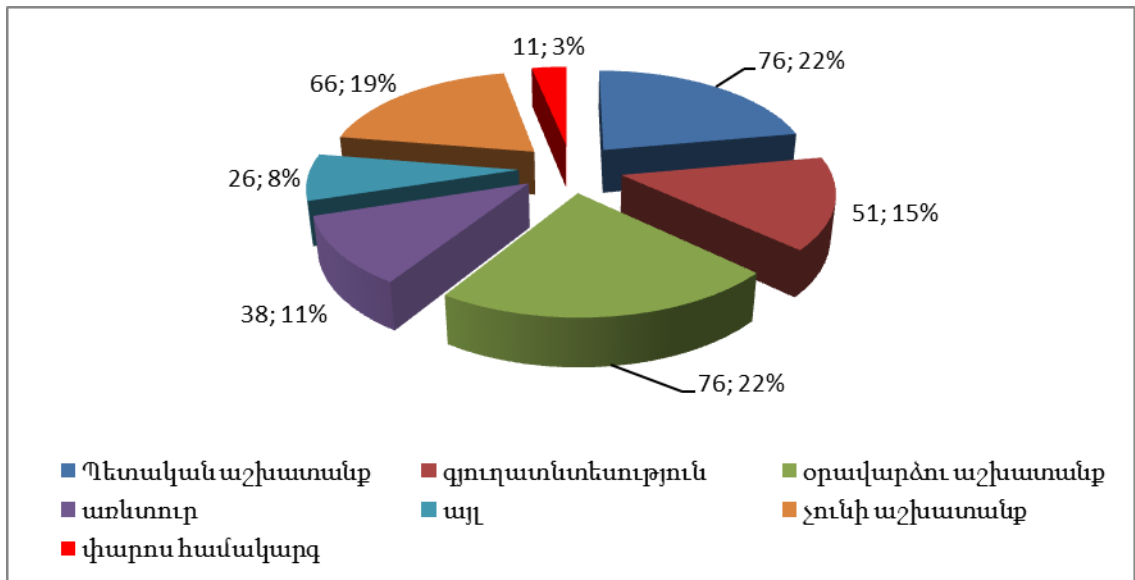
| Ամսական եկամուտ | Թիվ | Կշիռ, % | Միջին եկամուտ |
|-----------------|-------------|------------|----------------|
| 30000 ցածր | 143 | 6.17 | 24,377 |
| 30000-50000 | 370 | 15.98 | 43,946 |
| 50001-100000 | 696 | 30.1 | 80,996 |
| 100001-150000 | 620 | 26.8 | 134,746 |
| 150001-200000 | 240 | 10.4 | 190,380 |
| 200001-300000 | 120 | 5.2 | 265,472 |
| 300001 և բարձր | 122 | 5.3 | 417,883 |
| Ընդամենը | 2315 | 100 | 139,321 |

Հարցմանը մասնակցած կանանց ընտանիքներում վաստակած գումարի գերակշիռ մասը ծախսվել է սննդի վրա: Դրան հաջորդում են կոմունալ վճարումները և վարկերի մարման նպատակով կատարված ծախսերը: Ընդ որում, սննդի վրա կատարված միջին ամսական ծախսը կազմել է ընտանեկան միջին ծախսերի ավելի քան 65%-ը:

3.2.4. Հարցմանը մասնակցած անպտուղ կանանց և նրանց ամուսինների/զուգընկերների հիմնական զբաղմունքը, եկամուտի աղբյուրը և չափը

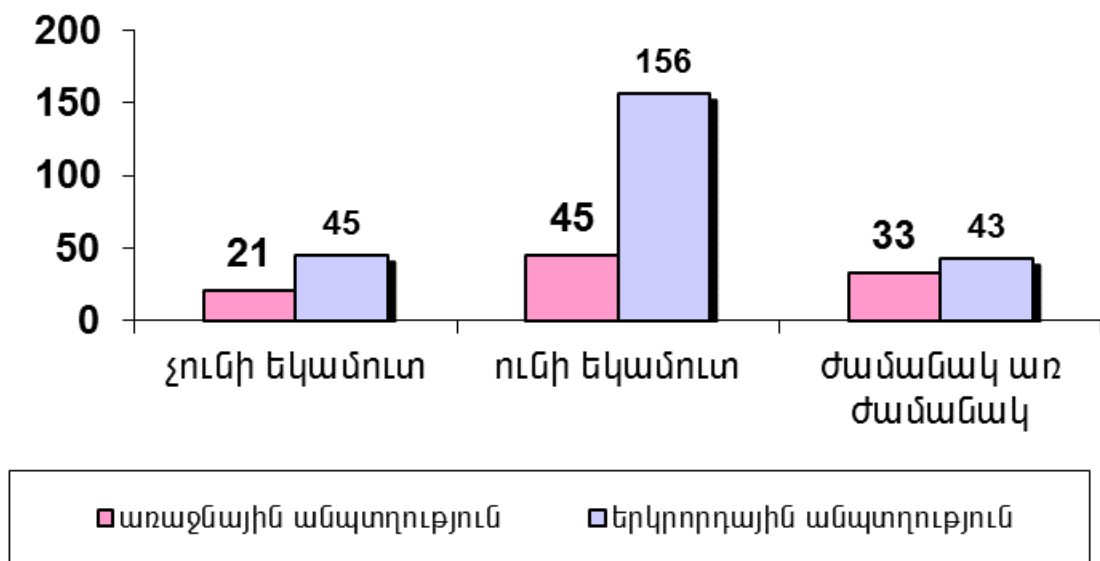
Հարցմանը մասնակցած անպտուղ կանանց եկամուտի աղբյուրը ներկայացված է Գծանկար 3.4-ում:

Եթե պետական աշխատանքով զբաղված է եղել հարցմանը մասնակցած կանանց 22.1%-ը, ապա նրանց ամուսինների/զուգընկերների՝ ավելի քան մեկ քառորդը: Գյուղատնտեսական աշխատանքով զբաղված է եղել կանանց 14,8%-ը, նրանց ամուսինների/զուգընկերների՝ 20.5%-ը: Օրավարձու աշխատանքով զբաղված է եղել կանանց 22,1%-ը, ամուսինների/զուգընկերների՝ 15.4%-ը, առևտրով կանանց 11,1%, ամուսինների/զուգընկերների՝ 30,6%-ը, աշխատանք չեն ունեցել կանանց 19,1%, ամուսինների/զուգընկերների՝ 6,3%, այլ աշխատանք են ունեցել կանանց 7,5%, ամուսինների/զուգընկերների 2,1%: Փարոս համակարգում ընդգրկված են եղել կանանց 3,2%:



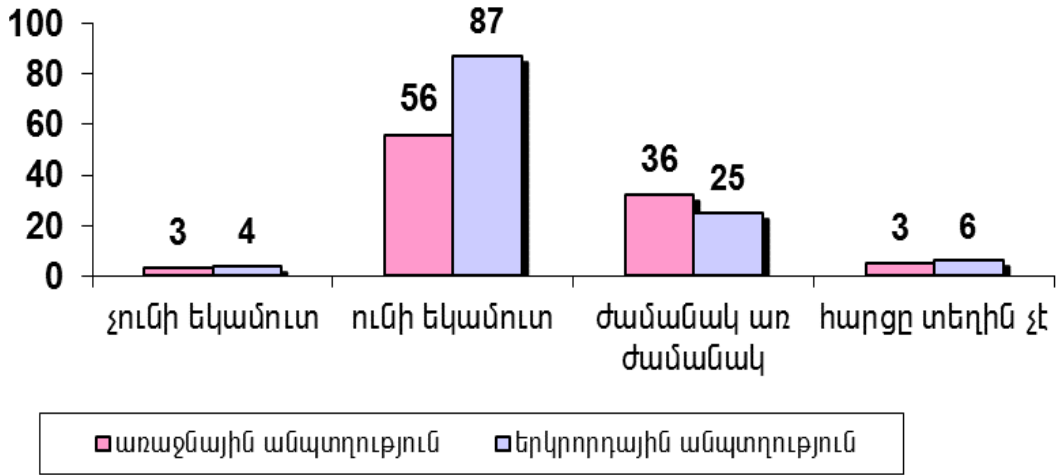
Գծանկար 3.4. Հարցմանը մասնակցած անպտուղ կանանց բաշխվածությունը՝ ըստ եկամտի աղբյուրի

Առաջնային և երկրորդային անպտղությամբ տառապող կանանց համապատասխանաբար 21.2%-ը և 18.4%-ը չունեն կանոնավոր եկամտի աղբյուր: Կանոնավոր եկամտի աղբյուր ունեն համապատասխանաբար 45.4%-ը և 63.6%-ը, ժամանակ առ ժամանակ եկամուտ ունեն 33.3%-ը և 17.9%-ը (Գծանկար 3.5): Հետազոտվածներից 3.2%-ը ներառված էր «Փարոս» համակարգում:



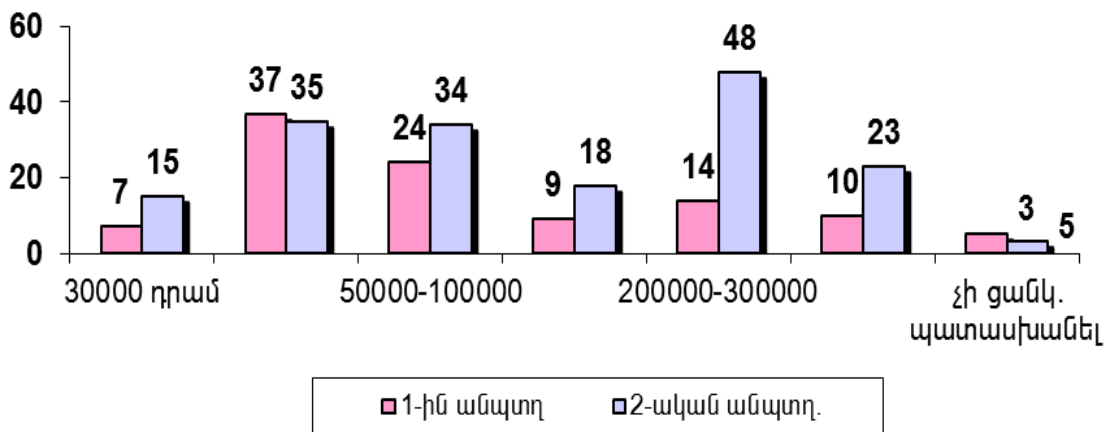
Գծանկար 3.5. Կանանց եկամտի բնույթը առաջնային և երկրորդային անպտղության դեպքում

Տղամարդկանց շրջանում պատկերը հետևյալն է. կանոնավոր եկամուտի աղբյուր չունեցող տղամարդկանց թիվը առաջնային և երկրորդային անպտղության դեպքում համապատասխանաբար 5.2% և 5.6% էր, ունեցողներինը՝ 58.3% և 69.6%, ժամանակ առ ժամանակ եկամուտ ունեին 33.3% և 20.0%-ը (Գծանկար 3.6):



Գծանկար 3.6. Տղամարդկանց եկամուտի բնույթը առաջնային և երկրորդային անպտղության դեպքում

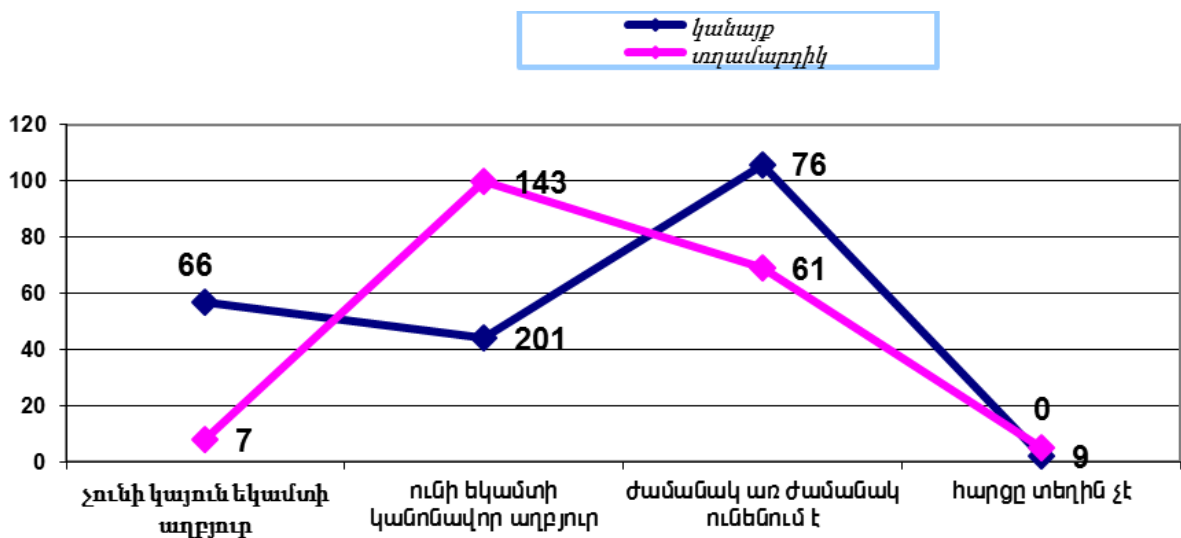
Հետազոտված անպտուղ տղամարդկանց եկամուտների չափի ուսումնասիրությունը ցույց տվեց, որ նրանցից 9.9%-ի եկամուտը կազմում է մինչև 30 000 դրամ, ամեն երկրորդ տղամարդու եկամուտի չափը եղել է 30 000-100000 դրամ, 55.2%-ի եկամուտը գերազանցել է 200 000 դրամը (Գծանկար 3.7):



Գծանկար 3.7. Տղամարդկանց եկամուտի չափը առաջնային և երկրորդային անպտղության դեպքում

Կանանց և տղամարդկանց եկամուտների համեմատությունը ցույց տվեց դրանց անհամամասնությունը, մասնավորապես, եկամուտ չունեցող անպտուղ կանանց տեսակարար կշիռը 3.5-4 անգամ ավելի մեծ էր տղամարդկանց համեմատությամբ (Գծանկար 3.8):

Անպտուղությամբ տառապող կանանց և տղամարդկանց եկամուտների և հարցման ընդհանուր մասնակիցների եկամուտների միջև էական տարբերություններ չեն հայտնաբերվել:



Գծանկար 3.8. Կանանց և տղամարդկանց եկամտի աղբյուրների համեմատությունը անպտուղության դեպքում

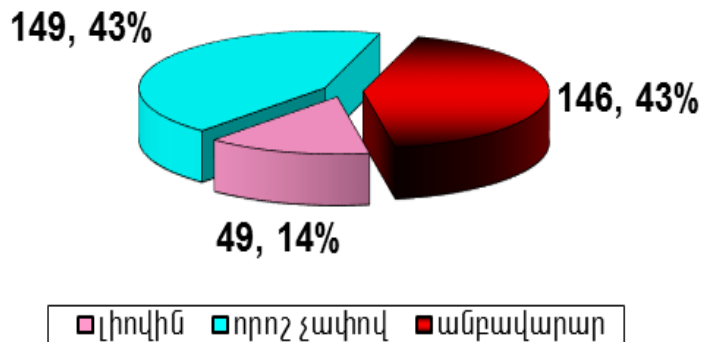
3.2.5. Անպտուղ ամուսնական զույգերի կենսապայմանները

Ընտանիքի կենսապայմանների շարքում առողջապահական հատուկ նշանակություն ունի ջրամատակարարումը, ուստի հետազոտվածների շրջանում ուսումնասիրվել է ջրամատակարարման, ջրահեռացման և ջեռուցման վիճակը:

Հետազոտվածներից մշտապես սառը ջուր ունեն 54.3%-ը, մշտապես տաք և սառը ջուր՝ 19.8%-ը: Օրվա մեջ երկու ժամ սառը ջուր ունեն 5.8%-ը, 4-6 ժամ՝ 3.4%-ը, 10 ժամ՝ 11.0%-ը, շաբաթական 2-3 անգամ ջրամատակարարում ունեն 16 անպտուղ զույգ՝ 4.6%-ը:

Ընտանիքի կենսապայմանների ուսումնասիրությունը ցույց տվեց, որ հետազոտված անպտուղ զույգերից լավ կենսապայմաններ ունեն 49-ը (14.2%), որոշ չափով

բավարար էին 149-ի (43.3%) պայմանները, անբավարար պայմաններում էր բնակվում 46 անպտուղ զույգ (42.4%) (Գծանկար 3.9):

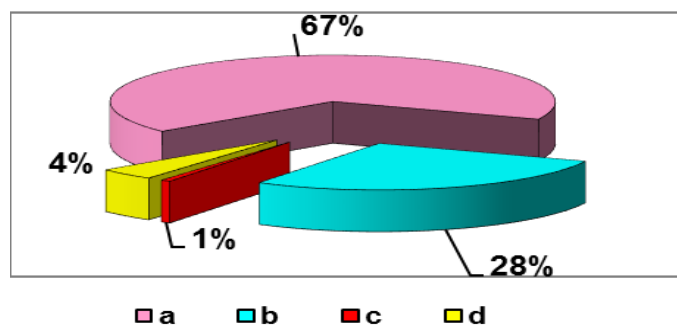


Գծանկար 3.9. Անպտուղ ամուսինների կենսապայմանները

3.2.6. Զույգերի ամուսնական կարգավիճակը առաջնային և երկրորդային անպտղության դեպքում

Զույգերի ամուսնական կարգավիճակի ուսումնասիրությունը ցույց տվեց, որ հարցման պահին անպտուղ կանանցից 270-ը (78.4%) ամուսնացած էր և ապրում էր ամուսնու հետ, 54-ը (15.7%), չնայած ամուսնացած էր, սակայն ապրում էր առանձին, 13-ի (3.9%) դեպքում ամուսնությունը քաղաքացիական էր, իսկ 7 (2.0%) կին արդեն ամուսնալուծված էր (Գծանկար 3.10):

Համեմատելով ֆոկուս խմբի անձանց ամուսնական կարգավիճակները հարցման ընդհանուր մասնակիցների հետ՝ կարելի է եզրակացնել, որ անպտուղ կանանց շրջանում մոտ 1.5 անգամ բարձր էր ամուսնացած, բայց անջատ ապրող կանանց թիվը:

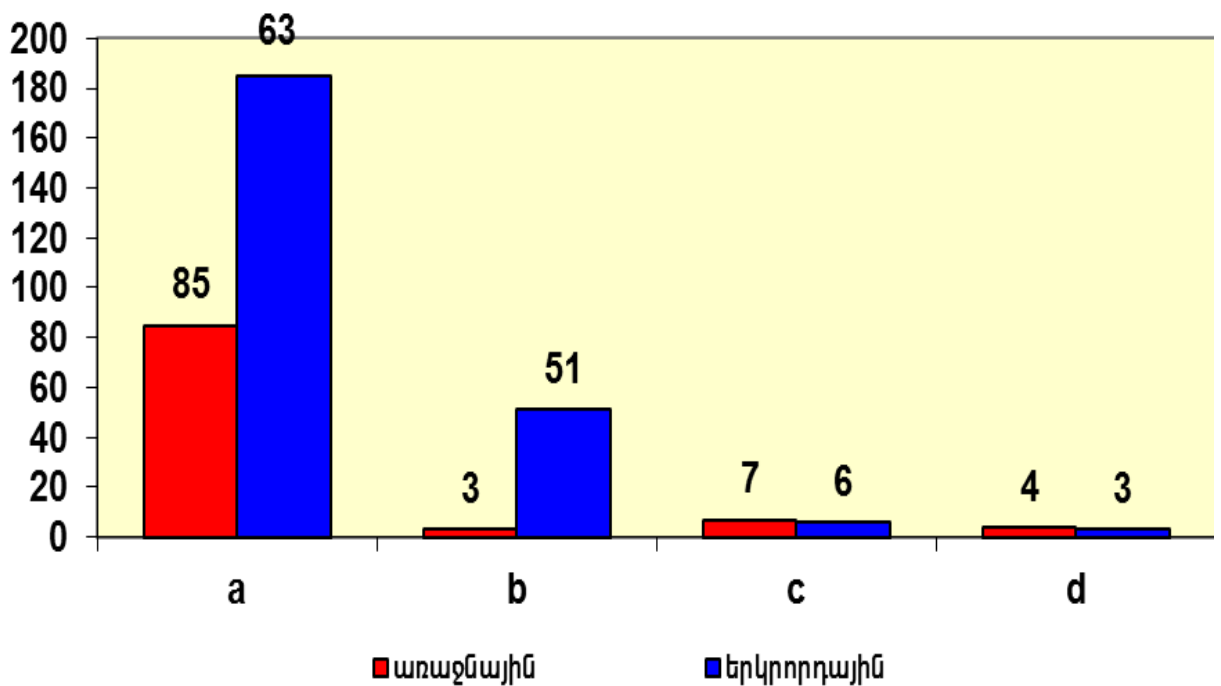


- a- ապրում են համատեղ, b-չնայած ամուսնացած են, սակայն ապրում են առանձին
- c- քաղաքացիական ամուսնություն. d.ամուսնալուծված

Գծանկար 3.10. Անպտուղ զույգերի ամուսնական կարգավիճակը

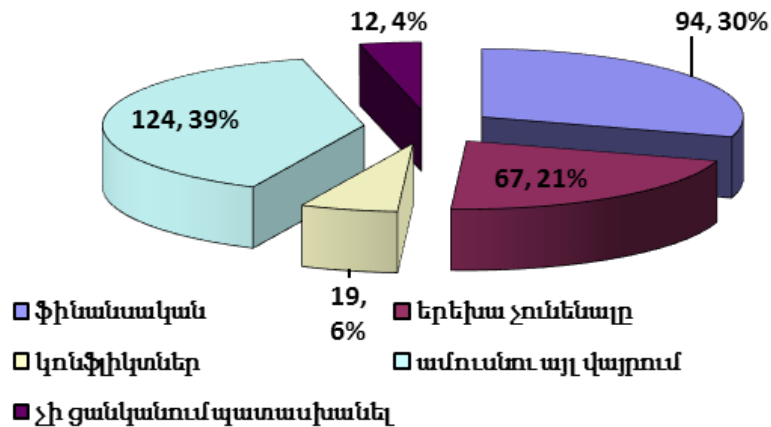
Ուսումնասիրվեց նաև ամուսնական կարգավիճակի տվյալները՝ ըստ անպտղության տիպի (առաջնային և երկրորդային անպտղություն):

Հետաքրքրական է, որ երկրորդային անպտղությամբ տառապող կանայք առաջնային չբերությամբ տառապողների համեմատությամբ 2.5 անգամ ավելի հաճախ էին ապրում ամուսիններից անջատ (Գծանկար 3.11): Ամուսնուց անջատ ապրելու կամ բաժանվելու պատճառների ուսումնասիրությունը ցույց տվեց, որ ամուսնուց/զուգընկերոջից անջատ ապրելու կամ բաժանվելու հիմնական պատճառները ֆինանսական դժվարություններն են, ամուսնու՝ այլ վայրում ապրելու և աշխատելու հանգամանքը, կոնֆլիկտները ամուսնու հարազատների հետ, կենցաղային պատճառները (Գծանկար 3.12): Միայն ինը (6%) դեպքում է երեխա չունենալը դարձել բաժանման պատճառ: Հետաքրքիր է, որ յուրաքանչյուր յոթերորդ հետազոտված չի ցանկացել նշել ամուսնուց բաժանվելու կամ անջատ ապրելու պատճառները:



a- ապրում են համատեղ, b-չնայած ամուսնացած են, սակայն ապրում են առանձին
 c- քաղաքացիական ամուսնություն. d.ամուսնալուծված

Գծանկար 3.11. Ամուսնական կարգավիճակը առաջնային և երկրորդային անպտղության դեպքում



Գծանկար 3.12. Ամուսնական զույգերի անջատ սարելու պատճառները

3.3. Անպտուղ ամուսնական զույգերի սեռական կյանքի որոշ առանձնահատկություններ

Անպտուղ ամուսնական զույգերի սեռական զուգընկերների ուսումնասիրությունը ցույց տվեց, որ հետազոտվածների մեծամասնությունը՝ 330 կին (95.9%), անամենբզում ունեցել էր միայն մեկ զուգընկեր, ընդամենը ինը (2.6%) հետազոտված ունեցել էր երկու զուգընկեր, հետազոտվածներից հինգը (1.5%) հարցման պահին զուգընկեր չուներ:

Առաջին սեռական հարաբերության և ամուսնության տարիքին առնչվող տվյալների վերլուծությունը ցույց տվեց, որ հիմնականում և՛ առաջնային, և՛ երկրորդային անպտղությամբ տառապող կանայք առաջին սեռական հարաբերությունն ունեցել են 18-30 տարեկանում, համապատասխանաբար՝ 87 (87.9%) և 232 (94.7%):

Վաղ՝ մինչև 17 տարեկան հասակը սեռական հարաբերություն էին ունեցել առաջնային անպտղություն ունեցող կանանցից միայն 7-ը (7.1%), ինչը մոտ 1.5 անգամ ավելի էր երկրորդային անպտղությամբ տառապողների համեմատությամբ՝ 11 կին (4.5%): Հետևաբար վաղ սեռական կյանք սկսելը անգամ մեկ զուգընկերոջ հետ ռիսկի գործոն է առաջնային անպտղության զարգացման համար:

Հատուկ ուշադրության է արժանի առաջին սեռական հարաբերության և ամուսնության տարիքի ուսումնասիրությունը, որոնք լիովին համընկնում են:

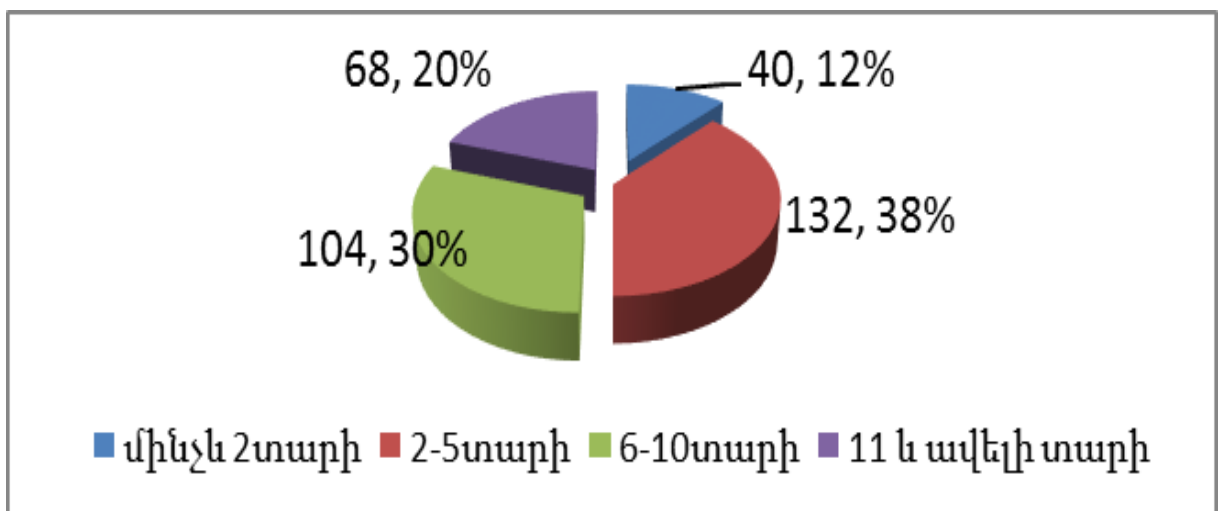
Հատկապես հետաքրքիր է ամուսնական կյանքի տևողության ուսումնասիրությունը:

ԱՀԿ-ի սահմանմամբ, ամուսնությունը համարվում է անպտուղ, եթե մեկ տարվա ամուսնական կյանքի ընթացքում, առանց բեղմնականիսիչ միջոցների օգտագործման, կանոնավոր սեռական հարաբերության պայմաններում հղիություն չի արձանագրվում:

Ըստ անպտուղ ամուսնության տևողության՝ հետազոտվածների բաշխումը ներկայացված է Գծանկար 3.13-ում:

Անպտուղությամբ տառապող 40 (12.0%) հետազոտվածի վերջին ամուսնությունը տևել է մինչև 2 տարի, ընդ որում, նրանցից 32-ը տառապել է առաջնային չբերությամբ և միայն 8-ը՝ երկրորդային ամլությամբ: Անպտուղության 2-5 տարի տևողություն է ունեցել յուրաքանչյուր երրորդ կամ 132 (38%) հետազոտված:

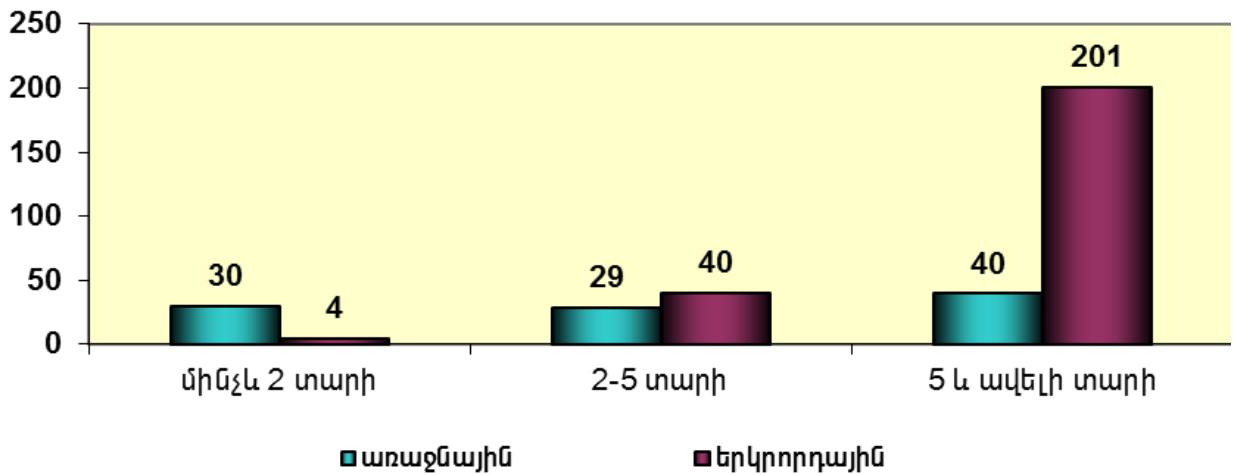
Ինչպես երևում է ներկայացված տվյալներից, մեծ մասամբ (108 դեպք կամ 31.4%) անպտուղ ամուսնության տևողությունը գերազանցել է հինգ տարին՝ տատանվելով 6-23 տարվա միջակայքում: Անպտուղ ամուսնության հինգ և ավելի տարի տևողություն նշել էին առաջնային անպտուղությամբ տառապող 40 հետազոտված (40.4%), ինչը մոտ երկու անգամ քիչ է երկրորդային անպտուղությամբ տառապող կանանց համեմատությամբ՝ 201 (82.1%):



Գծանկար 3.13. Ամուսնական կյանքի տևողությունը

Կարևոր է նշել, որ առաջնային անպտուղություն ունեցողների շրջանում մինչև հինգ տարի տևողությամբ ամուսնությունների թիվը (59 կամ 59.6%) գերակշռում էր երկրորդային անպտուղություն ունեցողների համեմատությամբ (41 կամ 16.73%):

Երկրորդային անպտղություն ունեցողների շրջանում գերակշռում էր 5 և ավելի տարվա տևողությամբ ամուսնությունների թիվը: Հետազոտվածներից ընդամենը հինգ կին էր ունեցել նախկին ամուսնություն՝ 2-5 տարի և ավելի տևողությամբ:



a-մինչև երկու տարի, b- 2-5 տարի, c-5 և ավելի տարի

Գծանկար 3.14. Ամուսնության/միության կապը առաջնային և երկրորդային անպտղության դեպքում

3.3.1. Անպտուղ զույգերի սեռական ակտիվությունը

Հղիության առաջացման կարևոր գործոններից է կանոնավոր սեռական հարաբերությունների հաճախականությունը: Հետազոտվածների ճնշող մեծամասնությունը՝ 322 կին (93.6%), նշել էր բավարար հաճախականությամբ սեռական հարաբերությունների մասին: Այսպես, 175 հետազոտված (50.9%) նշել էր ամեն օր կամ օրընդմեջ, 147-ը (42.7%)՝ շաբաթը առնվազն երկու անգամ:

Ըստ անպտղության տեսակի սեռական ակտիվության դիտարկումը ցույց տվեց, որ առաջնային անպտղության դեպքում գերակշռում է գրեթե ամեն օր կամ օրընդմեջ սեռական հարաբերություն ունենալը, իսկ երկրորդային անպտղության դեպքում՝ ավելի հազվադեպ՝ շաբաթը առնվազն մեկ անգամ սեռական հարաբերություն ունենալը: Ավելի հազվադեպ սեռական հարաբերություններն առավելապես բնորոշ էին երկրորդային անպտղությանը (Աղյուսակ 3.6):

**Վերջին տարիների ընթացքում սեռական ակտիվությունը՝
առանց հղիությունից պաշտպանվելու միջոցներ ձեռք առնելու**

| Հ/Հ | Հաճախականությունը | Առաջնային անպտղություն | | Երկրորդային անպտղություն | |
|-----------------|----------------------------|------------------------|------------|--------------------------|------------|
| | | Թիվ | % | թիվ | % |
| 1 | ամեն օր կամ օրընդմեջ | 65 | 65.7 | 102 | 41.6 |
| 2 | շաբաթը երկու անգամ | 27 | 27.3 | 128 | 52.2 |
| 3 | ամիսը մեկ անգամից ոչ պակաս | 2 | 2.0 | 4 | 1.63 |
| 4 | հազվադեպ | 0 | 0 | 3 | 1.2 |
| 6 | չի հիշում | 1 | 1.0 | 2 | 0.8 |
| 7. | չի ցանկանում պատասխանել | 3 | 3.0 | 5 | 2.04 |
| 8. | այլ | 1 | 1.0 | 1 | 0.53 |
| Ընդամենը | | 99 | 100 | 245 | 100 |

Ծանոթություն*: Կանոնավոր են համարվում այն հարաբերությունները, որոնք տեղի են ունենում առնվազն շաբաթը մեկ անգամ:

3.4. Մանկաբարձական անամնեզը անպտուղ զույգերի շրջանում

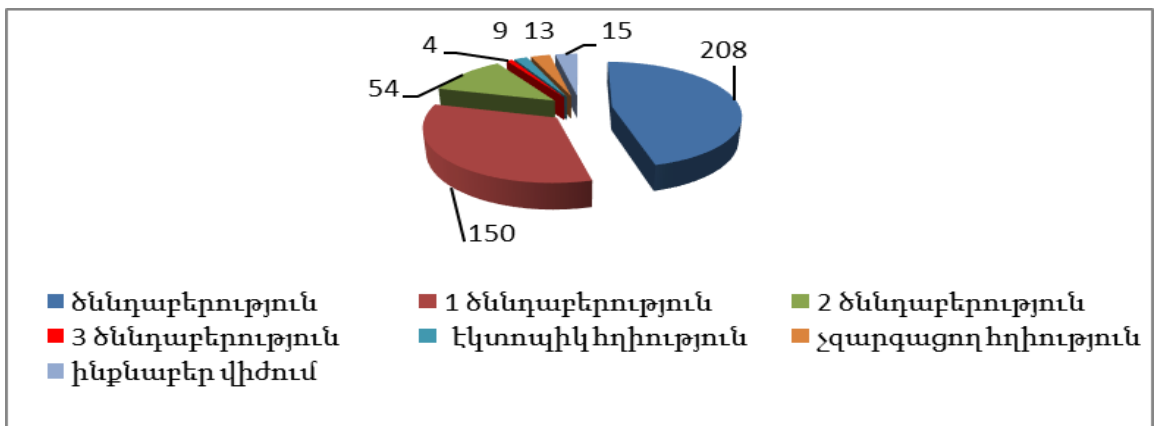
Անպտուղ զույգերի մանկաբարձական անամնեզի ուսումնասիրությունը ցույց տվեց, որ առաջնային անպտղության դեպքում հարցման մասնակիցները երբևէ հղիություն չէին ունեցել:

Երկրորդային անպտղություն ունեցող հարցման 245 մասնակիցներից 208-ը (84.9%) ունեցել էր ծննդաբերություններ՝ կենդանաձնությամբ: Նրանցից 150-ը (72.1%) անամնեզում ունեցել էր մեկ ծննդաբերություն, 54-ը (25.9%)՝ երկու ծննդաբերություն,

չորսը (1.6%)՝ երեք ծննդաբերություն: Անամնեզում արտարգանդային հղիություն էր նշել ինը (3.7%), չգարգացող հղիություն՝ 13 (5.3%), ինքնաբեր վիժումներ՝ 15 (6.2%) կին: Չնայած հղիությունների դեպքերին՝ 37 կին երեխա չունեց: Տվյալները ներկայացված են Գծանկար 3.15-ում:

Ինչ վերաբերում է երեխա(ներ) ունեցող անպտուղ զույգերի վերարտադրողական հետազա պլաններին, ապա երկու և ավելի երեխա ունեցող երկրորդային անպտուղություն ունեցող 57 զույգից 43-ը (75.4%) չէր պլանավորում հետազայում երեխա ունենալ, ինչը համահունչ է պոպուլյացիայում փոքր թվով երեխաներ ունենալու միտումին:

Եվս մեկ երեխա էր պլանավորում ունենալ 153 (76.1%), երկու և ավելի երեխա՝ 48 ամուսնական զույգ (23.8%):



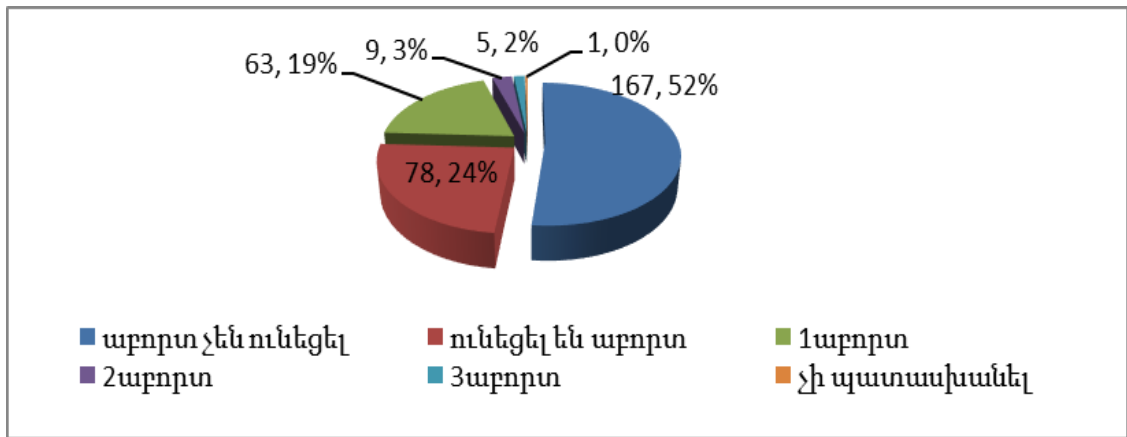
Գծանկար 3.15. Անպտուղ զույգերի հղիությունների թիվը և ելքերը

3.5. Երկրորդային անպտղության պատճառագիտության մեջ հղիության արհեստական ընդհատումների (աբորտ) դերը

Երկրորդային անպտղության պատճառագիտության մեջ որոշակի դեր ունեն հղիության արհեստական ընդհատումները (աբորտը):

3.5.1. Հղիության արհեստական ընդհատումների (աբորտ) թիվը

Եթե առաջնային անպտղությամբ տառապող բոլոր 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 (25.7%), երկու աբորտ՝ ինը (3.6%), երեք և ավելի աբորտ՝ հինգ (2.0%) կին: Հարցման մեկ մասնակից չէր ցանկացել պատասխանել (Գծանկար 3.16):

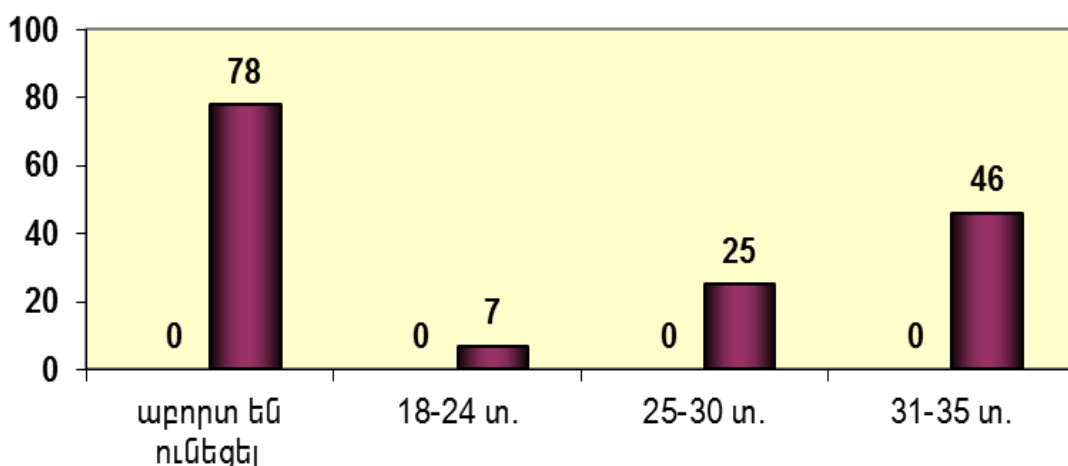


Գծանկար 3.16. Երկրորդային անպտղություն ունեցող կանանց կյանքի ընթացքում կատարված աբորտների թիվը

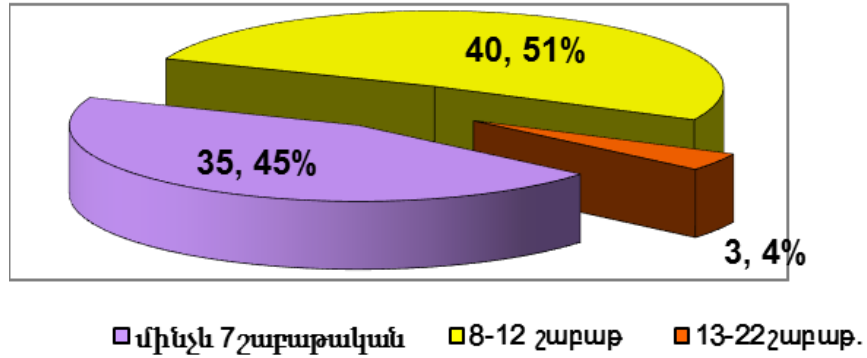
3.5.2. Կանանց տարիքը և ժամկետները առաջին աբորտի դեպքում

Անամենեզում աբորտ նշած երկրորդային անպտղությամբ տառապող ընդամենը յոթ կին (8,9%) էր դիմել աբորտի 18-24 տարեկանում: 25 կին (32.1%) նշել էր 25-30 տարեկան, իսկ գերակշիռ մասը՝ 46 կին (58.9%), 31-40 տարեկանում էր դիմել աբորտի, այսինքն՝ գոնե մեկ ծննդաբերությունից հետո (Գծանկար 3.17):

Կարևոր է նշել, որ աբորտները հիմնականում՝ (75 դեպք կամ 96.2%) կատարվել են մինչև 12 շաբաթական ժամկետում, և միայն երեք (3.9%) դեպքում են կանայք հղիության արհեստական ընդհատման դիմել հղիության 2-րդ եռամսյակում՝ 13-22 շաբաթական ժամկետում՝ բժշկական ցուցումներով (Գծանկար 3.18):



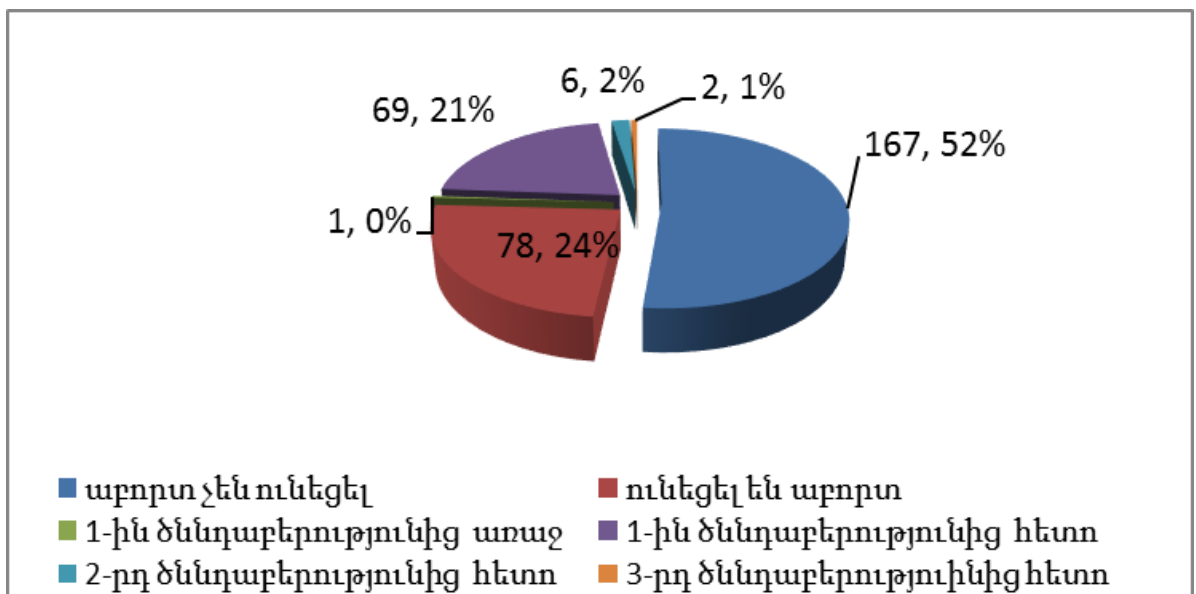
Գծանկար 3.17. Առաջին աբորտի տարիքի կապը առաջնային և երկրորդային անպտղության հետ



Գծանկար 3.18. Աբորտների բաշխումը՝ ըստ ժամկետների

3.5.3. Առաջին արբորտի բաշխումը՝ ելնելով ծննդաբերությունների հերթականությունից

Մանկաբարձագինեկոլոգիական անամնեզի վերլուծության տվյալներով՝ անպտ-
դությամբ տառապող 78 կնոջից միայն մեկ կին էր նշել հղիության արհեստական ընդ-
հատում առաջին ծննդաբերությունից առաջ, մնացած 77 դեպքում այն կատարվել է
ծննդաբերություններից հետո, ընդ որում, առաջին ծննդաբերությունից հետո
արհեստականորեն ընդհատվել է 69, երկրորդից հետո՝ վեց, երրորդից հետո՝ երկու
կնոջ հղիություն (Գծանկար 3.19):

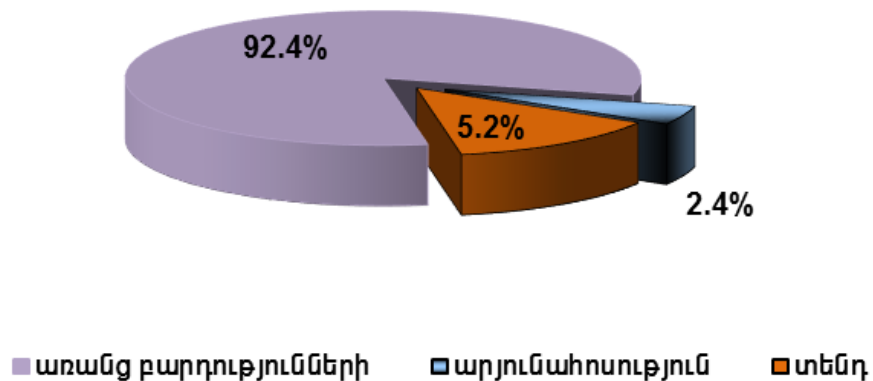


Գծանկար 3.19. Աբորտների բաշխումը՝ ըստ ծննդաբերությունների հերթականության

3.5.4. Աբորտի բարդությունների հաճախականությունը անպտղության դեպքում

Հայտնի է, որ աբորտը, հատկապես բարդացած ընթացքի դեպքում, կարող է նպաստել երկրորդային անպտղության առաջացմանը:

Ուսումնասիրվել է աբորտի բարդությունների կապը երկրորդային անպտղության հետ. աբորտ կատարած 78 կանանցից 6-ը (7.6%) նշել էր բարդություն՝ արյունահոսություն և տենդ (Գծանկար 3.20):



Գծանկար 3.20. Աբորտի բարդությունները երկրորդային անպտղությամբ տառապող կանանց շրջանում

Չնայած աբորտի ունեցած բացահայտ բարդությունների մասին նշել է միայն վեց կին, սակայն հայտնի է, որ աբորտները հաճախ ուղեկցվում են էնդոմետրիոմի գեղձային և ռեցեսսորային համակարգի խանգարումներով, բորբոքային պրոցեսի զարգացմամբ, որոնք առաջացնում են իմպլանտացիայի խանգարումներ և պատճառ են դառնում վաղ ինքնաբեր վիժումների, ինչը հաճախ չի փստորոշվում որպես վիժում:

3.5.5. Առաջին աբորտի պատճառները

Աբորտի չի դիմել 266 (77.3%) ամուսնական զույգ, որից 99-ը եղել է առաջնային անպտղության խմբից:

Առաջին աբորտին դիմելու հիմնական պատճառը 45 կնոջ համար (13.1%) ավելի ուշ երեխաներ ունենալու ցանկություն էր, 12 (3.5%) կնոջ դեպքում աբորտը կատարվել է բժշկական ցուցումներով (մոր առողջական խնդիրներ և պտղի ներարգանդային զար-

գացման արատներ), տասը կնոջ դեպքում (2.9%) պատճառը բավարար թվով երեխաներ ունենալն էր: Նյութական և բնակարանային անբավարար պայմանների պատճառով հղիությունն ընդհատել էր 11 կին (3.2%):

3.6. Ամուսնանալիս անպտուղ զույգերի ընտանիքի ցանկալի կազմը

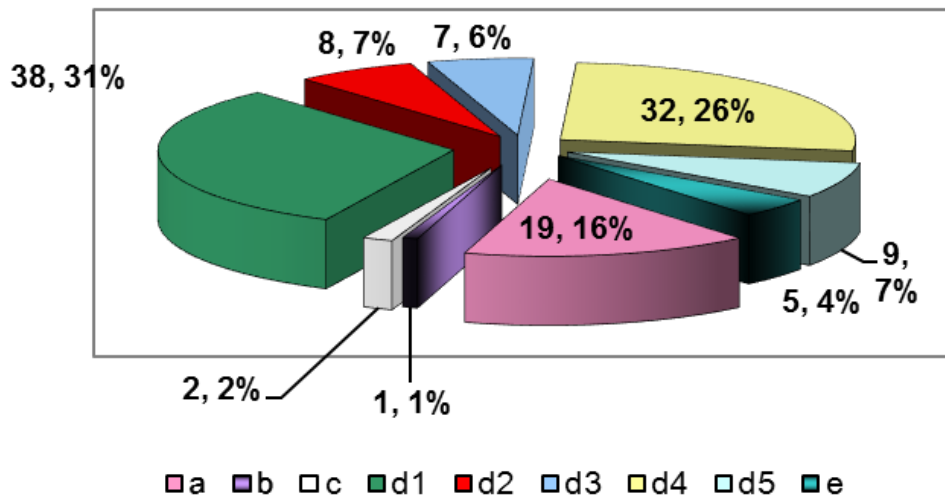
Հետաքրքրական է այն փաստը, որ ամուսնանալիս յուրաքանչյուր հինգերորդ ամուսնական զույգ պլանավորում էր ունենալ մեծ ընտանիք, երեք և ավելի երեխա, 201 զույգ (58.4%) պլանավորում էր ունենալ երկու, և միայն հինգը՝ մեկ երեխա (1.5%):

55 ամուսնական զույգ (15.9%) ընտանիքում երեխաների թիվը չէր պլանավորել և կապել էր հանգամանքների կամ աստծո կամքի հետ: Ամեն երրորդ ամուսնական զույգի դեպքում, ընդամենը՝ 12 (3.5%), ապագա երեխաների թիվը կախված էր սոցիալական պայմաններից:

3.6.1. Երեխաներ ունենալու հետագա պլանները

Առաջնային անպտղության դեպքում 91 զույգ (91.2%) պլանավորում էր ունենալ երկու և ավելի երեխա, մնացած 8-ը (8.2%)՝ որքան աստված կամենա:

Ինչ վերաբերում է երկրորդական անպտղության դեպքում երեխա/ներ ունեցող անպտուղ զույգերի վերարտադրողական հետագա պլաններին, ապա երկու և ավելի երեխա ունեցող 57 զույգից 43-ը (75.4%) չէր պլանավորում հետագայում երեխա ունենալ, ինչը համահունչ է պոպուլյացիայում փոքր թվով երեխաներ ունենալու միտումներին: Եվս մեկ երեխա էր պլանավորում 153-ը (76.1%), երկու և ավելի երեխա՝ 48 ամուսնական զույգ (23.8%): Ամեն տասներորդ ամուսնական զույգի՝ փոքր թվով երեխաներ ունենալու պատճառը երեխաների համար կյանքի, ուսման լավ պայմաններ ստեղծելու անիրատեսական լինելն էր, ինչպես նաև, մեծ տարիքով պայմանավորված, երեխաներ ունենալու մտքից հրաժարվելը: Սոցիալ-տնտեսական գործոններով պայմանավորված պատճառներով երեխաներ չէր պլանավորում յուրաքանչյուր ութերորդ հետազոտված (Գծանկար 3.21):



- a. Ոչ, մենք երկուսս էլ չենք ցանկանում երեխա ունենալ
- b. Ոչ, ես չեմ ցանկանում (այլևս) երեխա ունենալ, սակայն իմ ամուսինը ցանկանում է (ևս) մեկ երեխա
- c. Այո, ես և ամուսինս ցանկանում ենք ունենալ (ևս) մեկ երեխա
 - d1. մեկ երեխա d4. չորս երեխա
 - d2. երկու երեխա d5. հինգ երեխա
 - d3. երեք երեխա e. այլ պատասխան

Գծանկար 3.21. Երեխաներ ունենալու հետագա պլանները

3.7. Սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների մասին գիտելիքների մակարդակը հետազոտվածների շրջանում

Անպտղության պատճառագիտության ուսումնասիրության գործընթացում էական նշանակություն ունի զույգերի՝ սեռավարակների փոխանցման, կլինիկական նշանների վերաբերյալ գիտելիքների գնահատումը, ինչն ավելի հավաստի կդարձնի անամենեզում դրանցով հիվանդացած և բուժված լինելու վերաբերյալ տվյալները:

Սեռավարակների փոխանցման ճանապարհների մասին կանանց գիտելիքների վերաբերյալ տվյալները ներկայացվել են Աղյուսակ 3.7-ում:

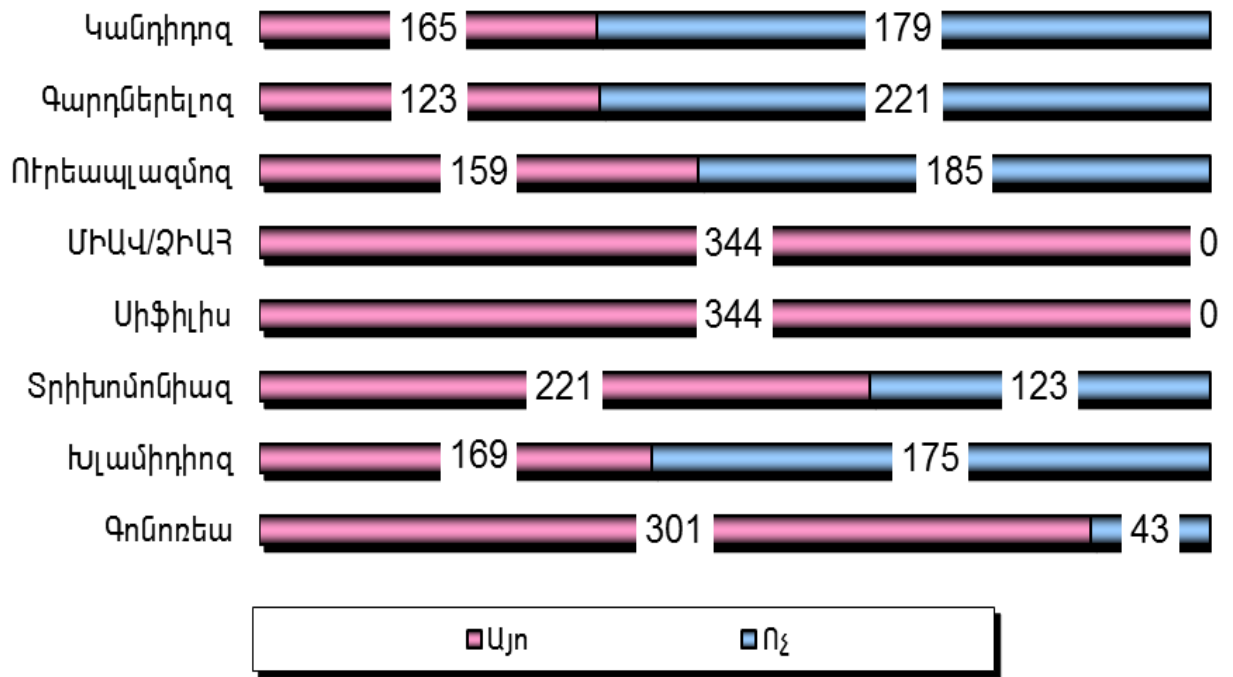
Անպտղությամբ տառապող կանանց գերակշռող մասը չգիտեր ոչ միայն սեռավարակների փոխանցման ճիշտ ուղու, այլև շատ սեռավարակների մասին (Գծանկար 3.22):

Անպտուղ կանանց գիտելիքները սեռավարակների վերաբերյալ

| | | Փոխանցվում են սեռական ճանապարհով | | Չեն փոխանցվում սեռական ճանապարհով | |
|----|---------------------|----------------------------------|-------|-----------------------------------|-------|
| | | բաց. թիվը | % | բաց. թիվը | % |
| 1 | գոնորեա | 289 | 84.1 | 55 | 15.9 |
| 2 | տուբերկուլոզ | 32 | 9.3 | 312 | 90.7 |
| 3 | տոքսոպլազմոզ | 225 | 65.4 | 119 | 34.6 |
| 4 | խլամիդիա | 189 | 54.9 | 155 | 45.1 |
| 5 | սեռական գորտնուկներ | 28 | 8.1 | 316 | 91.9 |
| 6 | քոս | 12 | 3.5 | 135 | 96, 5 |
| 7 | սիֆիլիս | 340 | 98, 8 | 4 | 1, 2 |
| 8 | ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ | 344 | 100 | 0 | 0 |
| 9 | միկոպլազմա | 134 | 39.1 | 210 | 60.9 |
| 10 | հերպես | 28 | 8.1 | 316 | 91.9 |
| 11 | տրիխոմոնիազ | 146 | 42.4 | 198 | 57.6 |
| 12 | գրիպ | 44 | 13.7 | 300 | 86.3 |
| 14 | հեպատիտ B | 54 | 15.7 | 290 | 84.3 |

Անպտուղությամբ տառապող կանանց գիտելիքների մակարդակը անպաշտպան սեռական հարաբերության ժամանակ թվարկված սեռավարակներով վարակվելու մասին որոշելու նպատակով կատարվել են հարցադրումներ, ինչի արդյունքում պարզվել է, որ հարցմանը մասնակցած կանայք լավ տեղեկացված էին ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի, սիֆիլիսի և գոնորեայի մասին: Այդ վարակներով սեռական հարաբերության ժամանակ վարակվելու մասին հարցին ճիշտ են պատասխանել համապատասխանաբար 100, 98.8 և 84.2%-ը:

Գիտելիքները խիստ անբավարար էին խլամիդիայի (54.9%), սեռական գորտնուկների (8.1%), հերպեսի (15.7%) վերաբերյալ: Հարցման մասնակից կանանցից համապատասխանաբար 9.3% և 13.7%-ը կարծում էին, թե տուբերկուլոզը և գրիպը սեռավարակներ են:



Պատկեր 3.22. Անպտուղ կանանց գիպտիքները ՍՃՓՀ վերաբերյալ

3.8. Անպտուղայամբ տառապող կանանց և տղամարդկանց նախկինում կրած ՍՃՓՀ-ները

Վերջին տարիներին ինչպես ամբողջ աշխարհում, այնպես էլ Հայաստանում նկատվում է սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների աճ:

Սեռավարակներից շատերը որոշիչ նշանակություն ունեն վերարտադրողական բազմաթիվ ախտաբանությունների, այդ թվում՝ անպտուղայան պատճառագիտության և ախտաճնության մեջ: Հետազոտության արդյունքները ցույց տվեցին, հարցման մասնակից ամեն երկրորդ և ամեն երրորդ կին անամնեզում ունեցել էր որևէ սեռավարակ կամ բորբոքային հիվանդություն:

Մոտ 10%-ը չժխտեց, բայց և չհաստատեց սեռավարակներով վարակվածության փաստը:

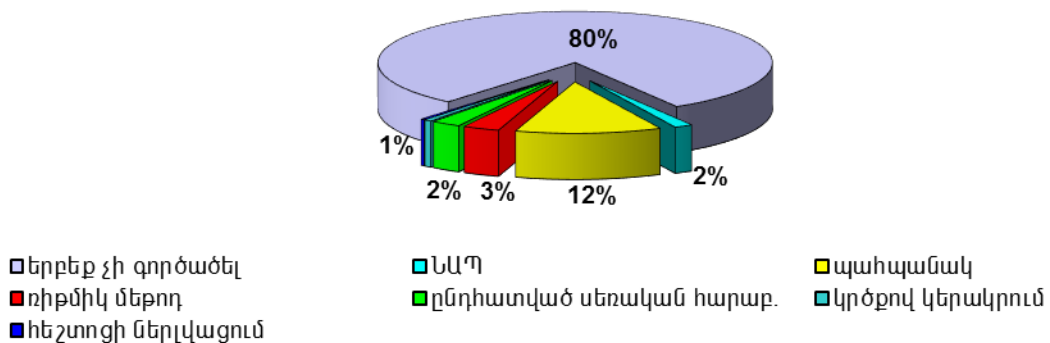
Ուշագրավ է, որ հարցման քաղաքական մասնակիցները մոտ երկու անգամ ավելի հաճախ էին սեռավարակներ ունեցել, քան գյուղաբնակները:

3.9. Ամուսնական զույգերի վտանգավոր սովորությունները

Համաձայն գրականության տվյալների՝ վերարտադրողական առողջության, հատկապես պտղաբերության վրա բացասական հետևանքներ են թողնում որոշ վտանգավոր սովորույթներ, մասնավորապես ալկոհոլի, թմրամիջոցների օգտագործումը, ակտիվ և պասիվ ծխելը, հիպոդինամիան և ոչ ռացիոնալ սնվելը: Ինչպես ցույց տվեց ստացված արդյունքների վերլուծությունը, հետազոտված կանանց, այդ թվում՝ անպտուղ կանանց շրջանում վտանգավոր սովորույթներ ունեցողները խիստ սակավաթիվ էին: Մինչդեռ մտահոգող էին տղամարդկանց շրջանում նույնպիսի ուսումնասիրության տվյալները: Յուրաքանչյուր երկրորդ հետազոտված տղամարդ ծխում է, ընդ որում, 65%-ն օրական ծխում է 20 գլանակից ավելի: Առաջնային և երկրորդային անպտղություն ունեցող ամուսնական զույգերի կանանցից և ոչ մեկը չի նշել ալկոհոլի կամ թմրամիջոցի օգտագործման մասին: Զուգընկերոջ կողմից ալկոհոլի օգտագործում կանայք նշել էին 130 (37.8%) դեպքում, որոնցից 98-ը (75.4%) պատահական բնույթ ուներ:

3.10. Հարցման մասնակիցների վերարտադրողական նպատակները նախկինում և ներկայում

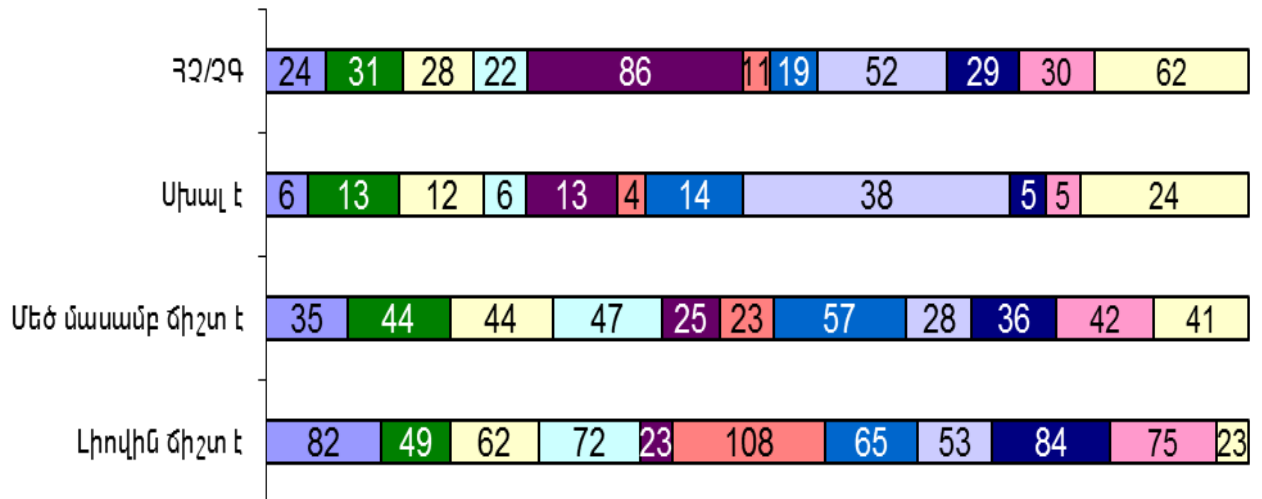
Առաջնային և երկրորդային անպտղությամբ տառապող 301 (87.5%) կին փորձում էր հղիանալ, սակայն ապարդյուն, և միայն 43 (12.5%) կին հարցման պահին հղիանալու ցանկություն չուներ ընտանիքում բավարար թվով երեխաներ ունենալու պատճառաբանությամբ: Անցանկալի հղիությունը կանխելու նպատակով երբևէ բեղմնականխիչ միջոցներ էր օգտագործել 75 կին (30.61%) (Գծանկար 3.23):



Գծանկար 3.23. Կնոջ կամ ամուսնու կողմից հակաբեղմնավորման նպատակով երբևէ գործածած մեթոդները

Հատուկ ուշադրության է արժանի հարցմանը մասնակցած երբևէ արորտի դիմած կանանց գիտելիքները ժամանակակից բեղմնականիչների, հակաբեղմնավորիչ միջոցների վտանգների և կողմնակի ազդեցությունների վերաբերյալ:

Ժամանակակից հակաբեղմնավորիչ միջոցների վտանգավորության մասին սխալ կարծիք և դրանց հանդեպ բացասական վերաբերմունք ունեւ հարցման մասնակիցների ճնշող մեծամասնությունը՝ շուրջ 80%-ը (Գծանկար 3.24):



- a. Հորմոնային հաբերը նպաստում են քաշի ավելացմանը
- b. Հաբերի օգտագործումը կարող է հանգեցնել չբերության
- c. Հորմոնային հաբերով կարելի է կանոնավորել դաշտանը
- d. Հորմոնային հաբերը կարող են առաջացնել մազեր դեմքի վրա
- e. Հաբեր օգտագործող կանայք հաճախ են հիվանդանում քաղցկեղով
- f. Պահպանակը պաշտպանում է ՍՏՓՀ-ից
- g. Ընդհատված սեռական հարաբերությունը հուսալի մեթոդ է
- h. Ավելի հեշտ է արորտ կատարել, քան ՆԱՊ դնել
- i. Աբորտը կարող է չբերության պատճառ դառնալ
- j. ՆԱՊ-ը դնել խորհուրդ չի տրվում
- k. Կանանց և տղամարդկանց ամլացումից հետո պտղաբերությունը կարելի է հեշտորեն վերականգնել

Գծանկար 3.24. Հարցման մասնակից անպտուղ կանանց վերաբերմունքը և կարծիքը ժամանակակից բեղմնականիչ միջոցների մասին

ԳԼՈՒԽ 4

ԱՆՊՏՈՒՂ ԱՄՈՒՍՆՈՒԹՅԱՆ ՊԱՏՃԱՌԱԳԻՏԱԿԱՆ ԿԱՌՈՒՑՎԱԾՔԸ

4.1. Անպտուղ կանանց հետազոտության ծավալն ու արդյունքները

4.1.1. Անպտուղ կանանց հետազոտության ծավալը

1) Ընդհանուր գինեկոլոգիական հետազոտություն

- երկձեռքանի գինեկոլոգիական հետազոտություն
- պարանոցի հայելային զննում

2) Հետազոտություն ՍՃՓՀ նկատմամբ, այդ թվում՝

- քսուքի բակտերիոսկոպիական հետազոտություն, կանդիդոզ տրիխոմոնիազ, գարդնարելա վագինալիս, գոնորեա
- խլամիդիա տրախոմատիս
- ուրեապլազմա ուրեոլիտիկում
- միկոպլազմա

3) Փոքր կոնքի օրգանների գերձայնային հետազոտություն

4) Հորմոնային հետազոտություն

- ֆոլիկուլոխթանող հորմոն-ՖԽՀ
- լյուտեինիզացնող հորմոն-ԼՀ
- պրոլակտին
- էստրադիոլ
- 17 հիդրոօքսիպրոգեստերոն

Որոշվել է դրանց մակարդակը կանանց արյան մեջ:

Մինչև հետազոտելը հարցման յուրաքանչյուր մասնակից տեղեկացվել է հետազոտման, այդ թվում՝ արյան ու քսուքի հանձնմանը չմասնակցելու իր իրավունքի մասին և համաձայնել է հետազոտվել: Անպտղությամբ տառապող 405 կին ենթարկվել է համալիր կլինիկալաբորատոր և գործիքային հետազոտման:

4.2. Ընդհանուր, գինեկոլոգիական և փոքր կոնքի օրգանների գերձայնային հետազոտության արդյունքները

- 1) Ընդհանուր կլինիկալաբորատոր հետազոտություն, անամնեզի վերլուծություն
- 2) Արտաքին և ներքին սեռական օրգանների զննում
- 3) Փոքր կոնքի օրգանների գերձայնային հետազոտություն

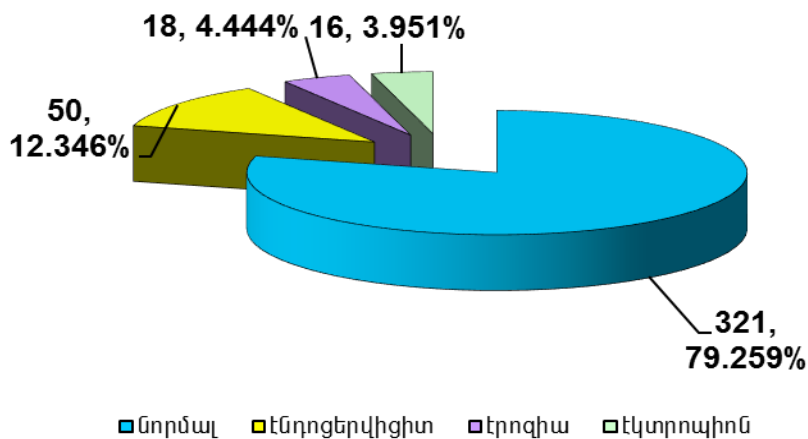
Արտաքին սեռական օրգանների և հեշտոցի պատերի հետազոտման ժամանակ ախտաբանական շեղումներ, բշտիկներ, ցանավորում և գորտնուկներ չեն հայտնաբերվել:

Ներքին զննման ժամանակ ամեն չորրորդ հետազոտվողի մոտ (101 կին կամ 24.9%) հայտնաբերվել են արգանդի և հավելումների ախտաբանական շեղումներ՝ արգանդի դիրքի, արգանդի և ձվարանի չափերի փոփոխություն:

4.2.1. Արգանդի պարանոցի վիճակը

Բեղմնավորման գործընթացում կարևորագույն դեր ունի արգանդի **պարանոցի** վիճակը: Բացի արգանդի **պարանոցի**՝ հայելիների միջոցով հետազոտությունից, կատարվել է արգանդի **պարանոցի** պարունակության մանրադիտակային հետազոտություն, ինչպես նաև, անհրաժեշտության դեպքում, ՊԱՊ քսուկի քննություն և կոլպոսկոպիա:

Ամեն հինգերորդ հետազոտված կնոջ մոտ (84 կին կամ 20.7%) հայտնաբերվել է արգանդի պարանոցի որևէ ախտաբանություն՝ էնդոցերվիցիտ, էրոզիա, էկտրոպիոն, պատվաձքներ (Գծանկար 4.1):



Գծանկար 4.1. Արգանդի պարանոցի վիճակը

**4.2.2. Ներքին սեռական օրգանների գերձայնային
հետազոտության արդյունքները**

Գերձայնային հետազոտությունը կատարվել է շարժական «HONDA, Electronics, HS-2000» տիպի էխոսկոպով, որն աշխատում է ռեալ ժամանակի ռեժիմով, գորշ սանդղակով:

Ինչպես ցույց տվեցին հետազոտության արդյունքները, ամեն ութերորդ հետազոտվածի մոտ (51 կին կամ 12.6%) էխոսկոպիկ հետազոտությամբ հայտնաբերվել է արգանդի որևէ ախտաբանություն (Աղյուսակ 4.1): Ամենից հաճախ հայտնաբերվել է ախտաբանական ռետրոֆլեքսիա և անտեֆլեքսիա՝ 21 (5.2%), արգանդի հիպոպլազիա՝ 13 (3.8%), արգանդի միոմա, հատկապես սուբմուկոզ տեղակայմամբ՝ 14 (4.1%), արգանդի խոռոչի պոլիպոզ՝ 3 (0.9%) դեպքում:

Աղյուսակ 4.1

Արգանդի գերձայնային հետազոտության արդյունքները

| h/h | Ախտաբանության տեսակը | թիվը | % |
|-----------------|---|------------|------------|
| 1. | նորմալ | 354 | 87.4 |
| 2. | արգանդի մեծացում՝ սուբմուկոզ միոմայի հաշվին | 14 | 4.1 |
| 3. | արգանդի հիպոպլազիա | 13 | 3.8 |
| 4. | ախտաբանական ռետրոֆլեքսիա և անտեֆլեքսիա | 45 | 11.1 |
| 5. | արգանդի խոռոչի պոլիպոզ | 3 | 0.9 |
| Ընդամենը | | 405 | 100 |

Ծանոթություն:* Մեկ անհատի մոտ ախտաբանությունները կարող են զուգակցվել:

Հետազոտված ամեն հինգերորդ կնոջ մոտ (71 կին կամ 17.5%) հայտնաբերվել է ձվարանների երկկողմանի մեծացում՝ մանր կիստոզ կազմափոխմամբ, 13-ի մոտ (3.2%)՝ ձվարանների հիպոպլազիա, ձվարանների միակողմանի մեծացում կիստայի հետևանքով հայտնաբերվել է 35 կնոջ (8.6%) մոտ, ընդ որում, 18 (4.4%) դեպքում այն նկատվել է աջից, մնացած 11 դեպքում՝ ձախից (Աղյուսակ 4.2 և Աղյուսակ 4.3):

Ձվարանների գերձայնային հետազոտության արդյունքները

| h/h | Հավելումների ախտաբանության բնույթը | աջ | | ձախ | |
|------------------|--|------------|------------|------------|------------|
| | | թիվը | % | թիվը | % |
| Ձվարաններ | | | | | |
| 1. | Նորմալ կառուցվածքի և չափսի | 334 | 82.5 | 340 | 83.9 |
| 2. | Երկկողմանի մեծացած, պոլիկիստոզ փոփոխված | 24 | 5.9 | 24 | 7.1 |
| 3. | Հիպոպլաստիկ, աղքատ ֆոլիկուլյար ապարատով | 13 | 3.2 | 13 | 3.2 |
| 4. | Միակողմանի մեծացած՝ ֆոլիկուլյար կիստայի հաշվին | 21 | 5.2 | 17 | 4.2 |
| 5. | Դերմոիդային կիստա | 3 | 0.7 | 4 | 0.98 |
| 6. | Էնդոմետրիոիդային կիստա | 15 | 3.7 | 13 | 3.2 |
| Ընդամենը | | 405 | 100 | 405 | 100 |

Ծանոթություն:* Մեկ անհատի մոտ ախտաբանությունները կարող են զուգակցվել:

Հավելումների (ձվարան և արգանդափող) գերձայնային հետազոտության արդյունքները

| h/h | Հավելումների ախտաբանության բնույթը | աջ | | ձախ | |
|-----------------|------------------------------------|------------|------------|------------|------------|
| | | թիվը | % | թիվը | % |
| 1. | Նորմալ, չեն վիզուալացվում | 397 | 98.02 | 396 | 97.77 |
| 2. | Երկկողմանի մեծացած | 5 | 1.23 | 5 | 0.98 |
| 3. | Միակողմանի մեծացած | 3 | 0.74 | 4 | 1.23 |
| Ընդամենը | | 405 | 100 | 405 | 100 |

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

Ինչ վերաբերում է ձվարաններին, ապա մանր կիստոզ/պոլիկիստոզ կազմափոխման հետևանքով դրանց մեծացումը քաղաքային վայրերում բնակվողների շրջանում 1.5 անգամ ավելի հաճախ է հայտնաբերվել գյուղական վայրերում ապրողների համեմատությամբ:

4.3. Սեռավարակների տարածվածությունը անպտուղ կանանց շրջանում

Խլամիդիա տրիխոմոնասիս, ուրեապլազմա ուրեոլիտիկոմի, միկոպլազմա հոմինիսի հետազոտությունը կատարվել է ուղղակի իմունաֆլուորեսցենցիայի մեթոդով (DFA) պարանոցից վերցված բիոմատերիալի օգնությամբ, իսկ տրիխոմոնիազի, գոնորեայի, գարդներելայի, կանդիդոզի հետազոտումը՝ Գրամի եղանակով վերցված քսուքի բակտերիոսկոպիկ քննությամբ, կասկածելի դեպքերում կատարվել է ցանքս՝ գոնորեայի հայտնաբերման նպատակով:

Հետազոտվել են անպտղությամբ տառապող 226 քաղաքաբնակ և 179 գյուղաբնակ կանայք: Կանանց գերակշռող մասի մոտ հայտնաբերվել են բակտերիալ կուկեր (283 կին կամ 70.1%), գարդներելա (104 կին կամ 26.7%), սնկեր (89 կին կամ 21.97%), տրիխոմոնիազ (26 կին կամ 6.4%): Գոնորեա և սիֆիլիս չի հայտնաբերվել: Հայտնաբերված սեռավարակների բաշխումը ներկայացված է Աղյուսակ 4.4-ում:

Աղյուսակ 4.4

Սեռավարակների տարածվածությունը հետազոտվածների շրջանում

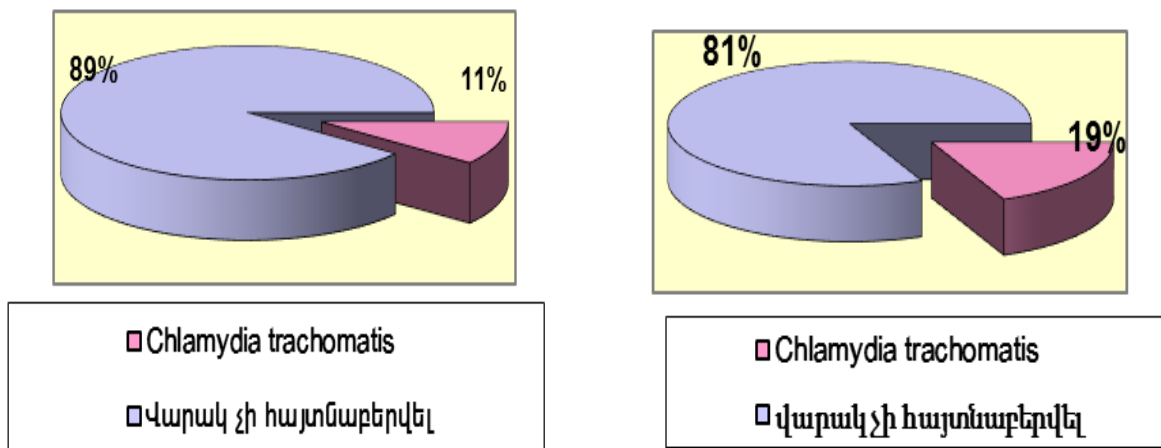
| h/h | Հավելումների ախտաբանության բնույթը | քաղաք | | գյուղ | |
|-----|---------------------------------------|------------|------------|------------|------------|
| | | թիվը | % | թիվը | % |
| 1. | Նորմոցենոզ | 81 | 35.8 | 60 | 33.5 |
| 2. | Գոնորեա | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3. | Տրիխոմոնիաս | 15 | 6.6 | 11 | 6.1 |
| 4. | Սիֆիլիս | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5. | Գարդներելիոզ | 61 | 26.9 | 47 | 26.2 |
| 6. | Սնկեր | 49 | 21.7 | 40 | 22.3 |
| 7. | Կուկեր (գրամ դրական և գրամ բացասական) | 162 | 71.7 | 121 | 67.6 |
| | Ընդամենը | 226 | 100 | 179 | 100 |

4.3.1. Խլամիդային և միկոպլազմային վարակների տարածվածությունը անպտուղ կանանց շրջանում

Անպտղության պատճառագիտության մեջ էական դեր ունեն խլամիդային և միկոպլազմային վարակները:

Խլամիդիան կարող է հանգեցնել խլամիդային սալպինգիտի և փողերի անանցանելիության, իսկ միկոպլազմային վարակը՝ պրոստատիտի և սպերմային ֆերտիլության նվազման:

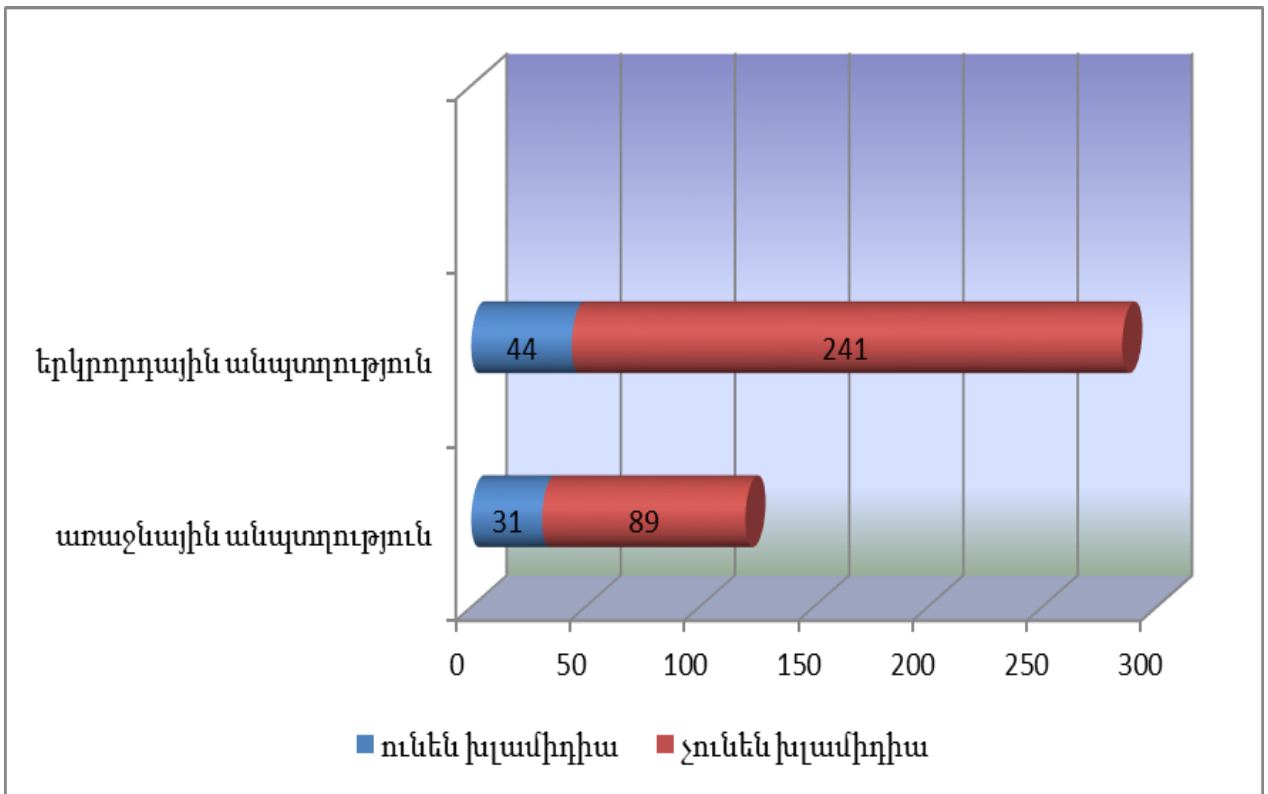
Խլամիդիա տրախոմատիս է հայտնաբերվել անպտղությամբ տառապող 75 (18.6%), ուրեապլազմա ուրեալիտիկում՝ 136 (33.6%), միկոպլազմա հոմինիս՝ 124 (30.6%) կանանց շրջանում: Փաստորեն խլամիդային վարակի տարածվածությունն անպտուղ կանանց շրջանում 1.7 անգամ ավելի բարձր է պոպուլյացիայի համեմատությամբ (Գծանկար 4.2 և 4.3):



Գծանկար 4.2. Խլամիդիայի տարածվածությունը պոպուլյացիայում

Գծանկար 4.3. Խլամիդիայի տարածվածությունը անպտուղ կանանց շրջանում

Ըստ անպտղության տեսակի՝ խլամիդային վարակը առկա էր առաջնային անպտղություն ունեցող 31 (25.8%), երկրորդային անպտղություն ունեցող 44 (15.4%) կնոջ մոտ: Առաջնային անպտղություն ունեցող կանանց շրջանում վարակի տարածվածությունը շուրջ 2.2 անգամ բարձր է պոպուլյացիայի համեմատությամբ, իսկ երկրորդային անպտղություն ունեցող կանանց շրջանում՝ 1.4 անգամ (Գծանկար 4.4):



Գծանկար 4.4. Խլամիդիային վարակի տարածվածությունը՝ ըստ անպտղության տեսակի

Ստացված արդյունքների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ խլամիդիայի տարածվածության՝ բնակավայրով պայմանավորված էական տարբերություն (քաղաք-գյուղ) չի նկատվել:

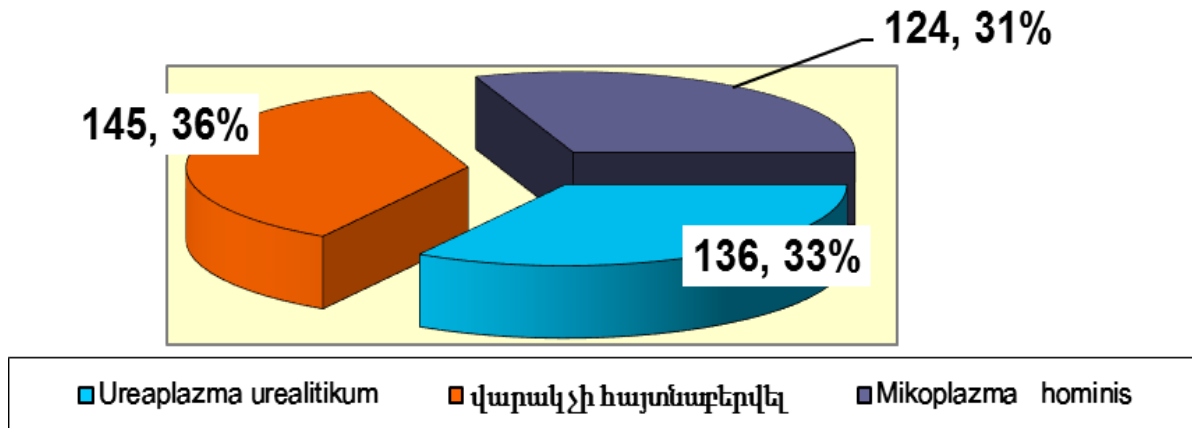
Խլամիդիային վարակի նկատմամբ ըստ տարիքային խմբերի կատարված հետազոտությունների արդյունքներով՝ խլամիդիային վարակի ամենացածր հաճախականություն նկատվել է 20-29 տարեկանների խմբում (11.5%), ամենաբարձր՝ 30 և ավելի բարձր տարիքային խմբում (22.6%):

4.3.2. Միկոպլազմայի տարածվածությունը անպտուղ կանանց շրջանում

Շատ բարձր է նաև ուրեապլազմա ուրեալիտիկոմի և միկոպլազմա հոմինիսի տարածվածության մակարդակը անպտղությամբ տառապող կանանց շրջանում, համապատասխանաբար՝ 136 (33.6%) և 124 (30.6%) (Գծանկար 4.5): Այդ վարակները չեն հայտնաբերվել հետազոտվածների 1/3 մասի մոտ, իսկ 2/3-ի մոտ անգամ զուգակցվել են:

4.4. Անպտուղ կանանց անամնեզում կատարված և ներկայացված հիստերոսալպինգոգրաֆիայի տվյալների վերլուծությունը

Ներկայացված 375 հիստերոսալպինգոգրաֆիայի տվյալներով, արգանդափողերի տարբեր հատվածների խցանում (օկլյուզիա) և փոքր կոնքում կայունային պրոցես, անպտղություն փողաորովայնամզային պատճառ է հայտնաբերվել 159 (42.4%) հետազոտված կնոջ մոտ (Աղյուսակ 4.5):



Գծանկար 4.5. Միկոպլազմայի տարածվածությունը անպտուղ կանանց շրջանում

Աղյուսակ 4.5

Արգանդափողերի վիճակը՝ ըստ հիստերոսալպինգոգրաֆիայի տվյալների

| h/h | Արգանդափողերի վիճակը՝ ըստ ՀՍԳ տվյալների | աջ | | ձախ | |
|-----------------|---|------------|------------|------------|------------|
| | | թիվը | % | թիվը | % |
| 1. | Երկկողմանի անցանելի | 216 | 57.6 | 216 | 57.6 |
| 2. | Երկկողմանի անանցանելիություն | 94 | 25.1 | 94 | 25.1 |
| 3. | Միակողմանի անանցանելիություն | 65 | 17.3 | 65 | 17.3 |
| Ընդամենը | | 375 | 100 | 375 | 100 |

Մեծ մասամբ (126 դեպք կամ 73.3%) 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:

Գերակշռող դեպքերում (114 կին կամ 71.7%) արգանդափողերի հիվանդությունները կապված էին բորբոքային պրոցեսի հետ և հաճախ ունեին երկկողմ բնույթ, սակայն առավել հաճախ հանդիպում էին աջից: Գերազանցապես ախտահարված էին արգանդափողերի ամպուլային հատվածները:

4.5. Կանանց անպտղության էնդոկրին ձևերը

Հետազոտված 405 անպտուղ կանանցից 139-ի մոտ (34.3%) հայտնաբերվեցին դաշտանային ֆունկցիայի և հորմոնային պրոֆիլի տարբեր խանգարումներ, ինչն ուղեկցվում էր դաշտանային ցիկլի խանգարումներով, դիսօվույացիայով և լյուտեինային փուլի անբավարարությամբ (Աղյուսակ 4.6):

Աղյուսակ 4.6

Անպտղության էնդոկրին ձևերը

| a. | Հայտնաբերված ախտաբանություն | թիվը | % |
|----|---|------|------|
| 1. | Նորմալ դաշտանային ցիկլ՝ օվուլյացիայով | 266 | 65.7 |
| 2. | Դաշտանային ֆունկցիայի խանգարումներ՝ ամենորեա, օլիգոմենորեա, դիսամենորեա | 139 | 34.3 |
| 3. | Խրոնիկական անօվուլյացիա | 108 | 26.7 |
| 4. | Լյուտեինային փուլի անբավարարություն | 109 | 14.6 |

Ծանոթություն*: Մեկ անհատի մոտ ախտաբանությունները կարող են զուգակցվել:

Ձվագատումը կամ դրա բացակայությունը հաստատվել է նաև գերծայնային ֆոլիկուլաչափման միջոցով: Նախաձվագատման շրջանում ամենօրյա հետազոտությունների ժամանակ կատարվել է աճող դոմինանտ ֆոլիկուլի ֆիքսում, որի տրամագիծը 20 մմ-ից ավելի է, և հերթական հետազոտության ժամանակ այդ ֆոլիկուլի փոփոխության գնահատում (դոմինանտ ֆոլիկուլի անհետացում և Դուգլասյան տարածության մեջ ազատ հեղուկի առաջացում):

Դիսօվույացիան ամեն երկրորդ դեպքում պայմանավորված էր պոլիկիստոզ ձվարանների համախտանիշով, ինչը հաստատվել է ձվարանների գերծայնային սկանավորման արդյունքում հետևյալ նշանների հիման վրա՝

- ձվարանների մեծացած չափերը (ծավալը 10 մմ³-ից ավելի կամ առավելագույն չափսը՝ 4 սմ-ից ավելի),
- ձվարանի պատիճի տակ գտնվող 3-8 մմ տրամագծով անէխոգեն 15-ից ավելի կլորավուն գոյացություններ,
- ձվարանի հենքի հիպերէխոգենություն:

Անպտղության էնդոկրին պատճառների մասին են վկայում նաև հորմոնային հետազոտության արդյունքները (Աղյուսակ 4.7):

Աղյուսակ 4.7

Ֆոլիկուլինային փուլում հիպոպալամուս-հիպոֆիզ-ձվարանային հորմոնների սեկրեցիայի ցուցանիշները անպտուղ կանանց շրջանում

| Հորմոնների խտությունը արյան մեջ | Հորմոնների տեսակները | | | | |
|---------------------------------|----------------------|-----------|------------|------------|--------------------|
| | ՖԽՀ մ/լ | ԼՀ, մ/լ | ՊՐԼ, մկգ/լ | E2 նմոլ/լ | 17-OH Պրոգ. նմոլ/լ |
| Անպտուղ կանայք | 8.90±0.4 | 4.41±0.24 | 578.3±12.9 | 289.3±21.8 | 8.6±0.16 |
| Նորմատիվային արժեքները | 7.0-12.0 | 0.8-15.0 | 130- 540 | 103-631 | 0.5-8.24 |

Արգանդի և ձվարանների գերձայնային հետազոտման, կլինիկական տվյալների և հիստերոսալպինգոգրաֆիայի տվյալների վերլուծության հիման վրա 98 (24.2%) կնոջ դեպքում արգանդի և ձվարանների, ինչպես նաև էնդոմետրիոզի փոքր ձևերի կասկած է առաջացել, ինչը նշվել է նաև կանանց անամնեզում՝ հաստատված լապարոսկոպիական հետազոտության արդյունքում:

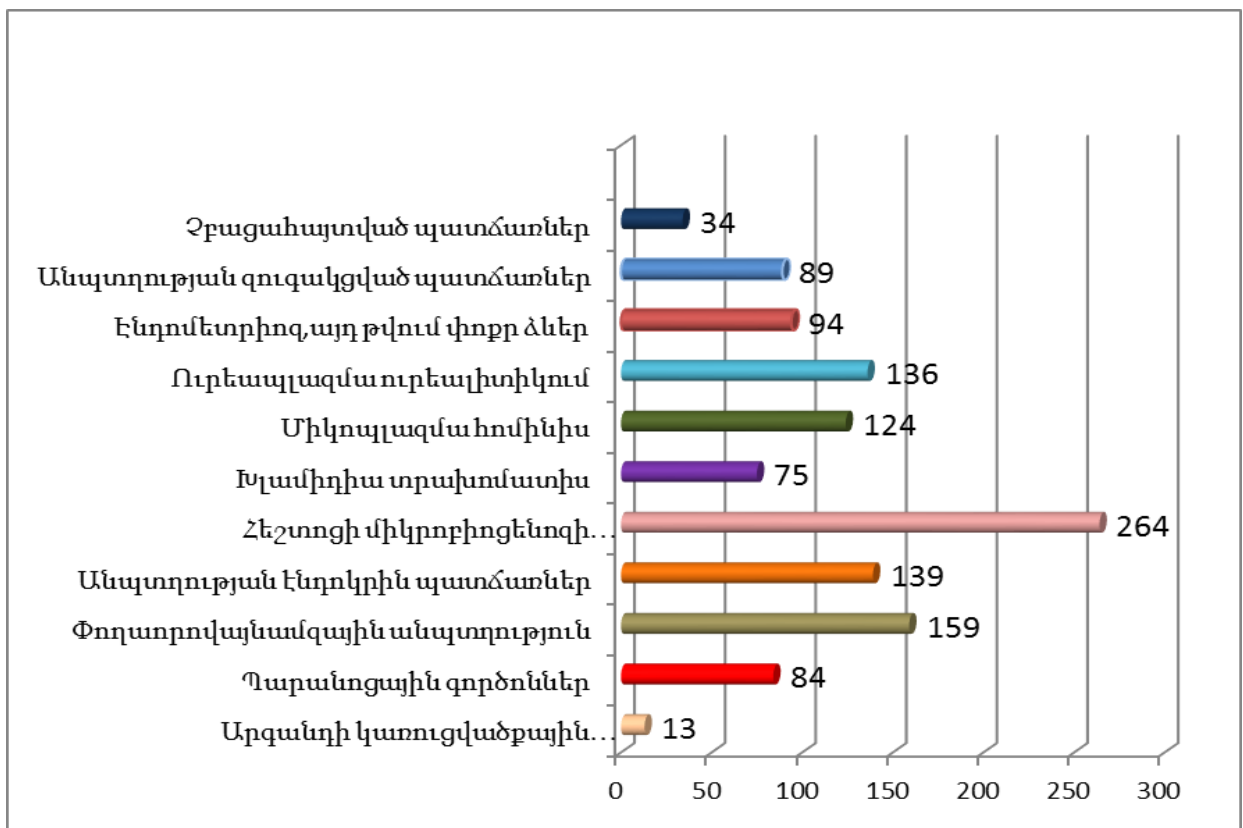
Անպտղության պատճառները 34 (8.4%) դեպքում մնացին չբացահայտված:

Անպտղության զուգակցված պատճառներ

129 ամուսնական զույգի (31.9%) հետազոտության արդյունքում, բացի կանանց մոտ հայտնաբերված անպտղության պատճառներից, հայտնաբերվել են նաև ամուսնու ամլության, այսինքն՝ զուգակցված պատճառներ:

4.6. Կանանց անպտղության պատճառագիտական կազմը

Այսպիսով, հետազոտության արդյունքում առանձնացվել են կանանց անպտղության հետևյալ պատճառները (Գծանկար 4.6).



Գծանկար 4.6. Կանանց անպտղության պատճառագիտական կազմը

Ծանոթություն*: Մեկ անհատի մոտ ախտաբանությունները հաճախակի կարող են զուգակցվել:

4.7. Ամուլ տղամարդկանց հետազոտման մեթոդներն ու արդյունքները

Տղամարդու ամլությունը կարելի է ախտորոշել մի քանի մեթոդով.

4.7.1. Կլինիկական մեթոդներ

1) Անամնեզի հավաքում

Տղամարդկանց շրջանում կատարված հարցման արդյունքների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ ամլության պատճառ հանդիսացող գործոնների մեջ կարելի է առանձնացնել դեռահասության տարիքում առաջին սեռական հարաբերության բարձր հաճախականությունը: Այն տղամարդկանց մոտ եղել է միջինը ամուսնությունից 6.9 ± 0.2 տարի առաջ, մինչդեռ կանանց մոտ առաջին սեռական հարաբերության և ամուսնության տարիքները համընկնում են [1, 2]: Տղամարդիկ միջինը ունեցել են 3.5 ± 0.4 զուգընկերուհի: Ամլություն ունեցող ամեն երկրորդ տղամարդ անամնեզում նշել է, որ ՍՃՓՎ է տարել, իսկ 37-ը (16.7%) հետազոտման պահին սեռավարակների նշաններ է ունեցել:

2) Ընդհանուր կլինիկական հետազոտություն

3) Ուրոգենիտալ հետազոտություն

4.7.2. Լաբորատոր-ախտորոշիչ մեթոդներ

1) Սպերմոզոգրամմա

2) Շագանակագեղձի արտազատուկի և սերմնային բջտիկների բջջաբանական հետազոտություն

3) ՍՃՓՀ, այդ թվում ՄԻԱՎ-ի, սիֆիլիսի, գոնորեայի, խլամիդիայի միկրոպլազմայի, միզասեռական վարակների նկատմամբ հետազոտություն

4) Էյակուլատի (սերմնաժայթուք) հետազոտություն pH-ի, մածուցիկության, սպերմատոզոիդների խտության, շարժունակության (A+B+C+D), ախտաբանական ձևերի, էյկոցիտների և մանրէների և այլ նշումով՝ համաձայն ԱՀԿ-ի հաստատած դրույթների [208]:

5) Հակասպերմալ հակամարմինների որոշում

6) Հորմոնային սկրինինգ՝ պրոլակտինի, ՖԽՀ և ԼՀ հորմոնների, տեստոստերոնի որոշումը տղամարդկանց արյան մեջ

4.7.3. Գործիքային հետազոտություն

1) Փոքր կոնքի օրգանների և արտաքին սեռական օրգանների զննում և գերձայնային հետազոտություն

2) Շագանակագեղձի մատնային շոշափում և գերձայնային հետազոտություն

4.8. Տղամարդու ամլության պատճառագիտական կազմը

Տղամարդու ամլության գործոնները բաժանել ենք երկու խմբի՝ էկզոգեն (սոցիալ-տնտեսական, կենսակերպ, աշխատանքի և սնուցման պայմաններ, վտանգավոր սովորույթներ, մասնագիտական վտանգներ, բժշկական սպասարկման որակ) և էնդոգեն (գենետիկական խանգարումներ, անատոմիական շեղումներ, անոմալիաներ, սոմատիկ հիվանդություններ, բարդացած անամնեզ՝ ՍՃՓՎ, սեռական օրգանների վնասվածքներ, հոգեբանական խանգարումներ): Խիստ կարևորվում է կառավարելի վտանգավոր սովորույթներից հրաժարվելու, մասնավորապես ալկոհոլի օգտագործումը և ծխելը դադարեցնելու խորհրդատվությունը: Բավական է նշել, որ աշխարհում 81 միլիարդ ծխողների 80 տոկոսը տղամարդիկ են, ինչը էական դեր ունի տղամարդու հիվանդացության և ամլության առաջացման պատճառագիտության մեջ. հետազոտված ամուլ տղամարդկանց շուրջ 65%-ը ծխում էր օրական 20 և ավելի գլանակ:

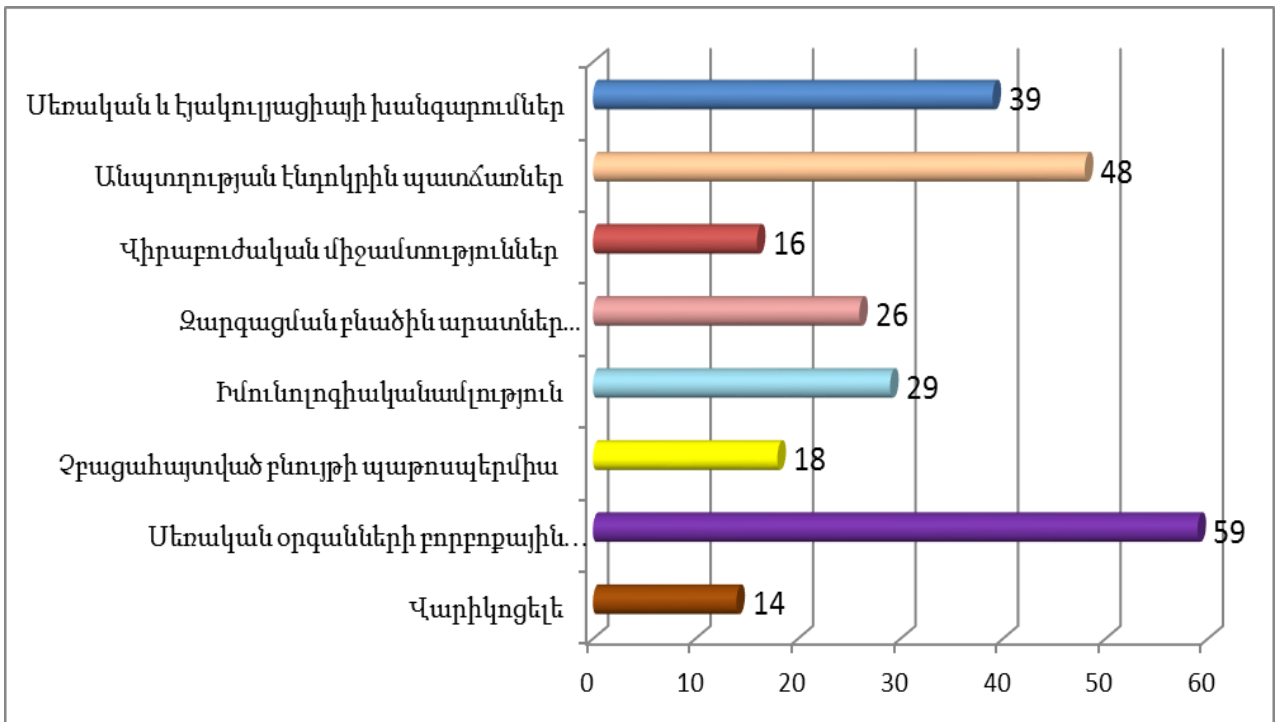
Համալիր հետազոտության արդյունքում հաստատվել են տղամարդու ամլության հիմնական պատճառները, որոնք ներկայացված են Աղյուսակ 4.8-ում և Գծանկար 4.7-ում:

Աղյուսակ 4.8

Տղամարդկանց ամլության պատճառագիտական կառուցվածքը

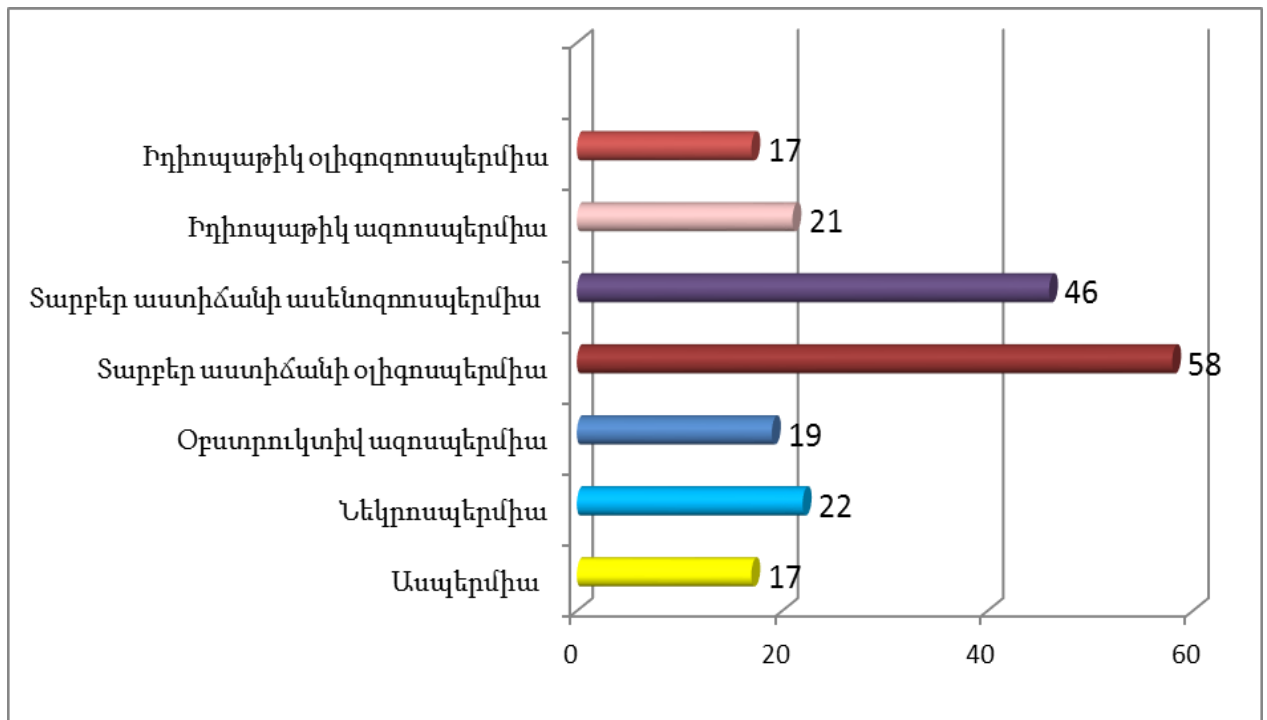
| | Հայտնաբերված ախտաբանություն | թիվը | % |
|----|---|------|------|
| 1 | Վարիկոցելե | 14 | 6.5 |
| 2. | Սեռական օրգանների բորբոքային հիվանդություններ | 59 | 26.7 |
| 3 | Չբացահայտված բնույթի պաթոսպերմիա | 18 | 8.1 |
| 4 | Իմունոլոգիական ամլություն | 29 | 26.2 |
| 5 | Զարգացման բնածին արատներ (կրիպտորխիզմ, հիպոսպադիա, էպիսպադիա և այլն) | 26 | 11.8 |
| 6. | Վիրաբուժական միջամտություններ աճուկային ճողվածքի հիդրոցելեի, վարիկոցելեի, ուրետրայի ստրկտուրաների, միզապարկի վիրահատություններ, սիմպաթեկտոմիա | 16 | 7.2 |
| 7. | Անպտղության էնդոկրին պատճառներ | 48 | 21.7 |
| 8. | Սեռական և էյակուլյացիայի խանգարումներ | 39 | 17.6 |

Ծանոթություն*: Մեկ անհատի մոտ ախտաբանությունները կարող են զուգակցվել:



Գծանկար 4.7. Տղամարդկանց ամլության պատճառագիտական կառուցվածքը

Սպերմոգրամայում հայտնաբերված շեղումները ներկայացված են Գծանկար 4.8-ում:



Գծանկար 4.8. Սպերմալոգենեզի ախտաբանական դրսևորումները

Ծանոթություն*: Մեկ անհատի մոտ ախտաբանությունները կարող են զուգակցվել:

Մեր կողմից մշակվել է տղամարդու ամլության առաջացման ռիսկերի գնահատման սանդղակ, ինչը ներկայացված է Աղյուսակ 4.9-ում:

Աղյուսակ 4.9

Տղամարդու ամլության ռիսկերի գնահատման սանդղակ

| Ռիսկի գործոնի գնահատականը | Միավորներ | |
|---|---|--------|
| | Այո | Ոչ |
| Անամենեզ | | |
| Այդ ամուսնության դեպքում ունեցել է կնոջ բեղմնավորում | 0 | 2 |
| Նախկինում ունեցել է այլ կնոջից բեղմնավորում | 0 | 1 |
| Զուգընկերոջ մոտ արձանագրվել է հղիություն, վիժում կամ չզարգացող հղիություն | 1 | 2 |
| Անպտուղ ամուսնության տևողությունը անամենեզում | 1 միավոր - 2 և ավելի տարվա դեպքում 2 միավոր - 5 և ավելի տարվա դեպքում 2-ական միավորի ավելացում հետագա յուրաքանչյուր 5 տարվա դեպքում | |
| | | |
| Էպիդեմիկ պարոտիտ | 1 | 0 |
| Վարիկոցելե | 1 | 0 |
| Փոքր կոնքի օրգանների վիրահատություններ | 2 | 0 |
| Սեռական օրգանների վնասվածքներ | 1 | 0 |
| Սեռական օրգանների զարգացման անոմալիաներ | 2 | 0 |
| Պրոստատիտ | 1 | 0 |
| ՍՃՓՎ | 2 | 0 |
| Անկանոն սեռական կյանք | 1 | 0 |
| Հավելյալ քաշ (ՄՁԻ ≥ 25) | 2 | 0 |
| Դեղորայքային բուժում դիմելուց 2-3 ամիս առաջ, այդ թվում՝ անաբոլիկներ | 1 մշտական | 0 2 |
| Պոլիվիտամինային կոմպլեքսների մշտական ընդունում | 0 | 1 |

| | | |
|--|-----|--|
| Կենսակերպը | | |
| Միջինից բարձր կենսապահովում | 0 | 1 |
| Մաքուր էկոլոգիական միջավայրում ապրելը | 0 | 1 |
| Ծխելը | 3 | 0 (2 միավոր, եթե հրաժարվել է ծխելուց 5 տարի առաջ) |
| Ալկոհոլ | 3 | 0 |
| Ռացիոնալ սնուցում | 0 | 0-3 |
| ▪ սպիտակուց | | 1 |
| ▪ վիտամին | | 1 |
| ▪ միկրոէլեմենտներ | | 1 |
| Սթրեսային գործոններ | 1 | 0 |
| Հաճախակի սաունայից օգտվելը | 1 | 0 |
| Աշխատանքային պայմաններ | | |
| Աշխատանք վտանգավոր պայմաններում | 0-4 | 0 |
| ▪ վիբրացիա | 1 | |
| ▪ գերտաք միկրոկլիմա | 1 | |
| ▪ քիմիական գործոններ | 1 | |
| ▪ ճառագայթում | 1 | |
| Տանը կամ աշխատանքի վայրում համակարգչի անընդմեջ օգտագործում | 1 | 0 |
| Ընդհանուր (միավորների գումարը) | | |
| 0-15 միավոր՝ ցածր ռիսկ | | |
| 15-30 միավոր՝ միջին ռիսկ | | |
| 31 և ավելի՝ բարձր ռիսկ | | |

Այսպիսով, ժամանակակից անտրոպոտեխնոգենային սթրեսի, վտանգավոր սովորույթների և սեռական վարքագծի հաճախադեպության պայմաններում նկատվում է տղամարդու վերարտադրողական առողջության վատթարացում, ուստի նրանց վերարտադրողական առողջության պահպանումը պահանջում է տարբեր ոլորտի մասնագետների (թերապևտ, անդրոլոգ, ուրոլոգ, էնդոկրինոլոգ, ռեպրոդուկտոլոգ) համագործակցություն և տարբերակիչ մոտեցում ամլության առաջացման կառավարելի պատճառների, մասնավորապես կենսակերպի, սնուցման, աշխատանքային վնասակար գործոնների, վտանգավոր սովորույթների հայտնաբերման և վերացման համար:

ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԻ ԱՄՓՈՓՈՒՄ

Նոր հազարամյակում ևս անպտղությունը արդիական ու տարածված համաշխարհային հիմնախնդիր է և գլոբալ մարտահրավեր, հատկապես ցածր ծնելիություն և սակավ նյութական ռեսուրսներ ունեցող երկրների համար: Աշխարհում վերարտադրողական տարիքի զույգերի շրջանում անպտղությունը 8%-12% է: Սակայն որոշ շրջաններում (Հարավային Ասիա, Կենտրոնական Ասիա, աֆրիկյան երկրներ, Մերձավոր Արևելք, Կենտրոնական Եվրոպա և Արևելյան Եվրոպա) անպտղության դեպքերի հաճախականությունը շատ մեծ է՝ մինչև 30% [179,211]:

Չնայած անպտղության հիմնախնդրի հաղթահարման գործընթացում ՎՕՏ զարգացմանն ու ներդրմանը՝ այն անհասանելի է ինչպես բազմաթիվ զարգացող երկրների, այնպես էլ Հայաստանի բնակչության համար:

Վերջին ուսումնասիրությունը, որին աջակցում էին ԱՀԿ-ն, «Բիլ և Մելինդա Գեյթս» հիմնադրամը, իրականացվել է 2010 թվականին և ամփոփում է 1990-2000թթ. վերարտադրողականության և անպտղության տարածվածության վերաբերյալ 190 երկրներում ու տարածքներում կատարված 277 հետազոտության արդյունքների վերլուծությունը [179], որի համար չափանիշ է ընդունվել 2-5 տարվա ընթացքում արձանագրված անպտղությունը:

Այդ հետազոտության տվյալներով, անպտղություն ունեւ 48.5 մլն զույգ: Ըստ ԱՀԿ-ի՝ եթե որպես անպտղության չափանիշ ընդունվի երկու տարին, ապա անպտուղ զույգերի թիվը կդառնա 121 մլն [210]: Չնայած տարբեր գնահատականներով համաշխարհային կտրվածքով անպտղության տարածվածության ամբողջական տեղեկատվության բացակայությանը՝ նկատվում է տղամարդու ամլության հաճախականության բարձացման միտում [179, 210]:

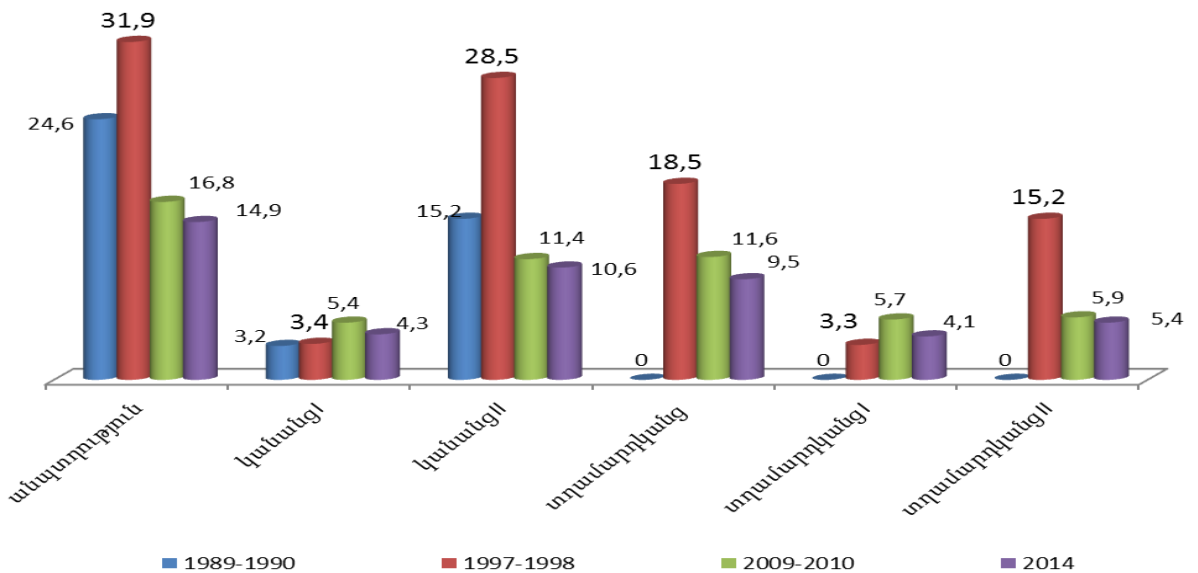
ԱՀԿ-ի տվյալներով, եթե պոպուլյացիայում անպտուղ ամուսնության հաճախականությունը գերազանցում է 15%-ը կամ մոտ է դրան, այն բժշկասոցիալական հիմնախնդրից վերածվում է համազգային հիմնախնդրի և դառնում է ժողովրդագրության ու ծնելիության վրա բացասաբար ազդող գործոն [209]:

Անպտղության հիմնախնդիրը անպտուղ զույգերի համար կարևորվում է նաև սոցիալ-բժշկական հետևանքների բարձր ռիսկով, մասնավորապես, նման խնդիր

ունեցող զույգերի 1/3-ն ամուսնալուծվում է կամ ունենում է հոգեբանական և սոմատիկ խնդիրներ, սոցիալական մեկուսացում և այլն:

Անպտղության տարածվածության ցուցանիշը բոլոր երկրներում, այդ թվում՝ Հայաստանում, ստացվում է ներկայացուցչական ուսումնասիրությունների միջոցով: Վերջին 25 տարում Հայաստանում կատարվել է չորս նման ուսումնասիրություն, սակայն չեն պարզաբանվել անպտղության պատճառներն ու նպաստող գործոնները, կապը բնակության վայրի, կրթական և սոցիալ-տնտեսական վիճակի հետ, ինչպես նաև չեն մշակվել իրավիճակի բարելավման ուղիներ:

Վերոհիշյալ ուսումնասիրությունների արդյունքների վերլուծությունը ցույց տվեց, որ դինամիկայում առկա է անպտղության մակարդակի իջեցման միտում, ընդ որում, վերջին՝ 2014 թվականի տվյալներով, կանանց անպտղության տարածվածության ցուցանիշը մեր հանրապետությունում կազմում է 14.9%: Սա նշանակում է, որ 1999 թվականի համեմատությամբ անպտղությունը մեր երկրում կրճատվել է շուրջ 2.2 անգամ, 2009 թվականի համեմատությամբ՝ շուրջ 12%-ով: Տղամարդու ամլության կրճատման ցուցանիշն ավելի փոքր է՝ 11.7%-ից դարձել է 9.5% (Գծանկար):



Գծանկար. Անպտղության տարածվածության միտումները դինամիկայում, %

Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ անպտղության մակարդակը Հայաստանում դեռևս գտնվում է ճգնաժամային մակարդակի շրջանակներում (15%), իսկ ծնելիությունը նվազման միտում ունի, որոշվեց այս ատենախոսության մեջ, հիմնվելով անպտղության

պատճառների վերլուծության և համաշխարհային փորձի վրա, առաջարկել իրավիճակի բարելավման ուղիներ:

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

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՝ 25 546 կին, երկրորդային անպտղություն՝ 62 975 կին:

Ըստ միջազգային չափանիշների՝ անպտուղ զույգերի 55%-ը (48687 ընտանիք) կարիք ունի ժամանակակից հետազոտման (էնդոսկոպիական, հորմոնային, սեռավարակներ և այլն) և, միևնույն ժամանակ, նպատակային բուժման (փողերի անցանելիության վերականգնում, պոլիպների, հիպերպլազիայի հեռացում, հորմոնային, հակաբորբոքային բուժում), իսկ մնացած 45%-ը (39834 ընտանիք) կարիք ունի վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների:

ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության վիճակագրական տվյալներով՝ 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 խմբին պատկանող ընտանիքները պետական աջակցության կարիք ունեն:

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»:

Ընտանիքի բյուջեի գերակշիռ մասը ծախսվել էր սննդի վրա: Երկրորդ տեղում կոմունալ վճարումները և վարկերի մարման նպատակով կատարված ծախսերն էին: Ընդ որում, սննդի վրա կատարված միջին ամսական ծախսը կազմել էր ընտանիքի միջին ծախսերի ավելի քան 60%-ը, ուստի անպտուղ զույգերի գերակշռող մասն ի վիճակի չէր հաղթահարելու անպտղության հետազոտման ու բուժման, առավել ևս՝ ՎՕՏ ծախսերը անհրաժեշտության դեպքում:

Հաշվի առնելով հանրապետությունում անպտղության ճգնաժամային մակարդակը, արտագաղթի ահագնացող 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:

Անպտղության երկարատև անարդյունավետ բուժման դեպքերի ուսումնասիրությունը ցույց տվեց, որ յուրաքանչյուր երկրորդ ամուսնական զույգ հետազոտումն ու բուժումն սկսել էր բնակության վայրի առաջնային բժշկական հաստատությունում, որտեղ հաճախ կիրառվել էին վտանգավոր բուժգործողություններ՝ կլոր կապանների բլոկադա, շուրջպարանոցային ներարկումներ, ձվարանների երկարատև խթանում կլոստիլբեգիտով, լայնածավալ անտիբիոտիկոթերապիա: Սակայն 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:

Ինչպես ամբողջ աշխարհում, այնպես էլ Հայաստանում հայտնի է անպտուղ ամուսնության հիմնախնդրի հաղթահարման երեք ուղի՝

- 1) կանխարգելում
- 2) հետազոտման և բուժման արդիական մեթոդների ներդրում
- 3) ՎՕՏ արդյունավետության բարձրացում և գնի նվազեցում:

Կանխարգելման գործընթացին բնորոշ է բնակչության շրջանում առողջ ապրելակերպի և սեռական անվտանգ վարքագծի հաստատումը, հիպոդինամիայի և ճարպակալման նվազեցումը, վնասակար գործոնների (մասնավորապես ակտիվ և պասիվ ծխելը, թմրանյութերի և ալկոհոլի օգտագործումը) կրճատումը, ՍՃՓՎ կանխարգելումը:

Հաշվի առնելով ծնելիության ցածր մակարդակը (տարեկան 37000-40000 ծննդաբերություն) և անկումը (տարեկան նվազում է շուրջ 2500-3000 ծնունդ), ժողովրդագրական ցուցանիշների վատթարացման միտումները, ահագնացող արտագաղթը, Հայաստանում ծնունդների աննախադեպ նվազման վերաբերյալ ՄԱԿ-ի կանխատեսումը (2024թ.՝ մինչև 25000 ծննդաբերություն), ինչպես նաև երկրի քաղաքականությունը՝ 2040թ. ունենալ չորս միլիոն բնակչություն, անհրաժեշտ է իրականացնել վերարտադրողական առողջության բարելավմանն ու անպտղության կրճատմանն ուղղված նպատակային ծրագրեր: Մասնավորապես, **հիմնախնդիրը պետք է կարևորել պետական մակարդակով և օրենսդրությամբ նախատեսել խնդրի լուծմանն ուղղված միջոցառումներ:**

2015 թվականին ամփոփվեցին 2006-2015թթ. վերարտադրողական առողջության բարելավման ազգային ռազմավարությունը, ծրագիրն ու գործողությունների արդյունավետությունը, իսկ 2016-ին մշակվեցին և ՀՀ կառավարության 2016թ. հունիսի 23-ի նիստի N 24 արձանագրային որոշմամբ հաստատվեցին 2016-2020թթ. վերարտադրողական առողջության բարելավման ռազմավարությունն ու միջոցառումների ծրագիրը:

Չնայած այդ երկու ռազմավարություններում անպտղության հիմնախնդիրն ընդունվել է որպես երկրի կարևորագույն հիմնախնդիր և նպատակ է դրվել արդիականացնել անպտղության բուժման, ախտորոշման և կանխարգելման աշխատանքները, ներդնել հետազոտման և բուժման ժամանակակից մեթոդներ, սակայն պետական ֆինանսավորում ունեցող երկու ծրագիր, մասնավորապես անպտղության պատճառագիտության հետազոտման և բուժման, ինչպես նաև սահմանամերձ տարածաշրջանների անպտուղ կանանց ՎՕՏ տրամադրմամբ անպտղության հաղթահարման ծրագրերը, 2018թ. դադարեցվեցին:

Առաջարկում ենք իրականացնել մի շարք նպատակային միջոցառումներ՝ ուղղված անպտղության հիմնախնդրի հաղթահարմանը, մասնավորապես՝

- 1) անպտղության հետազոտման և բուժման ժամանակակից արդյունավետ մեթոդների ներդրում,
- 2) անպտուղ զույգերի հետազոտման և բուժման մատչելիության և հասանելիության ապահովում պետական աջակցության միջոցով,
- 3) 15 տարեկան աղջիկների ու տղաների համալիր հետազոտություն,
- 4) փոքր կոնքի օրգանների սոնոգրաֆիական հետազոտություն, վերարտադրողական ֆունկցիայի շեղումների վաղ հայտնաբերում և շտկում,
- 5) անցանկալի հղիությունների և հղիության արհեստական ընդհատումների նվազեցմանն ուղղված ծրագրեր, ժամանակակից հակաբեղմնավորիչ միջոցների մատչելիության և հասանելիության բարձրացում,
- 6) վտանգավոր սեռական վարքագծի և սեռավարակների կանխման նպատակով ժամկետային զինձառայողների շրջանում «Առողջությունը գնահատող զինվորների համար» ուսուցողական ծրագրերի և նյութերի պատրաստում ու տարածում,
- 7) հղիության արհեստական ընդհատման անվտանգության բարձրացում և դեղորայքային աբորտի մեթոդի ներդրում,
- 8) առողջ ապրելակերպի և անվտանգ սեռական վարքագծի հաստատում:

ԵԶՐԱՀԱՆԳՈՒՄՆԵՐ

Ամփոփելով ստացված արդյունքները՝ կարելի է եզրակացնել.

1. Ներկայացված հետազոտության մեջ ընդգրկված 2315 կանանցից 344-ը (14.9%) անամնեզում 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. Վերջին 15 տարվա ընթացքում, չնայած 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 ամլությունն ավելի քիչ է կրճատվել՝ 11.7%-ից դառնալով 9.5%:

3. Ըստ բնակության վայրի հետազոտությունը ցույց է տվել, որ բարձր էր 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 տարբերություն 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, անօվույացիան, պոլիկիստոզ ձվարանների համախտանիշը, իսկ երկրորդային անպտղության դեպքում՝ էնդոմետրիոզը և փողպապերիտոնեալ 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 քլամիդիա տրախոմատիսը, որը անպտղություն ունեցողների շրջանում 1.7 անգամ ավելի հաճախ է հայտնաբերվել, ինչպես նաև 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 զուգակցվում են իգական և արական անպտղության պատճառները:

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 երկու ամուսիններն էլ ենթակա են պարտադիր հետազոտման մեր մշակած ալգորիթմով, որը ներառում է վերջնական նպատակը՝ անպտղության պատճառի պարզաբանումը: Բավական է նշել, որ հարցման մասնակիցներից 132-ն (32.4%) ունեին անպտղության զուգակցված պատճառներ:

2. Ամուսինների մանրակրկիտ հետազոտումը և ախտորոշման ճշգրտությունը մեծ դեր ունի հետագայում արդյունավետ բուժում կազմակերպելու համար:

3. Հետազոտումը պետք է սկսել տղամարդուց, քանի որ անպտղության պատճառները տղամարդկանց մոտ կարելի է ավելի հեշտ և արագ 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:

6. Ըստ միջազգային չափանիշների՝ անպտուղ զույգերի 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. ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության վիճակագրական տվյալներով՝ 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 խմբին պատկանող ընտանիքները պետական աջակցության կարիք ունեն:

8. Ընտանիքների, այդ թվում անպտուղ ընտանիքների գերակշռող մասի (65%) եկամուտի չափը կազմում էր 30000-100000 դրամ, ամեն տասներորդի եկամուտը 100000-200000 դրամ էր, 5%-ն ընդգրկված էր «Ընտանիքների անապահովության գնահատման համակարգում»:

9. Ընտանիքի բյուջեի գերակշիռ մասը ծախսվել էր սննդի վրա: Երկրորդ տեղում կոմունալ վճարումները և վարկերի մարման նպատակով կատարված ծախսերն էին: Ընդ որում, սննդի վրա կատարված միջին ամսական ծախսը կազմել էր ընտանիքի միջին ծախսի ավելի քան 60%-ը, ուստի անպտուղ զույգերի գերակշռող մասն ի վիճակի չէր հաղթահարելու անպտղության հետազոտման ու բուժման, առավել ևս՝ ՎՕՏ ծախսերը անհրաժեշտության դեպքում:

10. Հաշվի առնելով հանրապետությունում անպտղության ճգնաժամային մակարդակը, արտագաղթի ահագնացող 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 երկարատև անարդյունավետ բուժման դեպքերի ուսումնասիրությունը ցույց տվեց, որ յուրաքանչյուր երկրորդ ամուսնական զույգ հետազոտումն ու բուժումը սկսել էր բնակության վայրի առաջնային բժշկական հաստատությունում, որտեղ հաճախ կիրառվել էին վտանգավոր բուժգործողություններ՝ կլոր կապանների բլուկադա, շուրջպարանոցային ներարկումներ, ձվարանների երկարատև խթանում կլոստիլբեգիտով, լայնածավալ անտիբիոտիկոթերապիա: Մինչդեռ անպտղության բուժման արդյունավետության, ծնելիության մակարդակի և բնական աճի բարձրացման նպատակով անպտղության պատճառների հայտնաբերումն ու բուժումը պետք է կատարվեն

միմիայն մասնագիտացված վերարտադրողական ծառայություններ մատուցող 3-րդ մակարդակի բժշկական կազմակերպություններում՝ առաջնորդվելով անպտուղ ամուսնական զույգերի հետազոտության իրականացմանը ներկայացվող միջազգայնորեն ընդունված չափանիշներով [10, 11, 28, 110, 193, 195]:

1. Կնոջ հետազոտություն

- 1) ընդհանուր կլինիկալաբորատոր հետազոտություն
- 2) հեշտոցային քննություն
- 3) արգանդի պարանոցի հայելային զննում
- 4) հետազոտություն ՍՃՓՎ, այդ թվում ՄԻԱՎ-ի, սիֆիլիսի, գոնորեայի, խլամիդիայի, միկոպլազմայի, մարդու պապիլոմա վիրուսի, սեռական հերպեսի նկատմամբ
- 5) փոքր կոնքի օրգանների գերձայնային տրանսվագինալ հետազոտություն
- 6) երեք դաշտանային պարբերաշրջանի ընթացքում ֆոլիկուլոմետրիա
- 7) հեշտոցային արտազատուկի մանրէաբանական և մանրադիտակային ուսումնասիրություն
- 8) հիստերոսալպինգոգրաֆիա
- 9) հորմոնային հետազոտություն՝
 - ՖԽՀ, ԼՀ, պրոլակտին, էստրադիոլ, տեստոստերոն՝ դաշտանաշրջանի 3-7-րդ օրը
 - պրոգեստերոն՝ դաշտանաշրջանի 21-րդ օրը
- 10) լրացուցիչ հետազոտություններ՝ ըստ ցուցումների՝
 - հորմոնային հետազոտություն. կորտիզոլ, թիրեոտրոպ հորմոն, տեստոստերոն, թիրոքսին, տրիյոդթիրոնին, թիրեոգլոբուլինի և պերօքսիդազի նկատմամբ հակամարմինների տիտրի որոշում
 - իմունաբանական թեստեր (Շուվարսկի-Խունների, Կուրցրոկ-Միլլերի, Մարթեստ)
 - կոլպոսկոպիա (հեշտոցադիտում)
 - մամոլոգի հետազոտություն, մամոգրաֆիա
 - հիստերոսկոպիա, լապարոսկոպիա, կոլպոսկոպիա

2. Տղամարդու հետազոտություն

1) ընդհանուր կլինիկալաբորատոր հետազոտություն

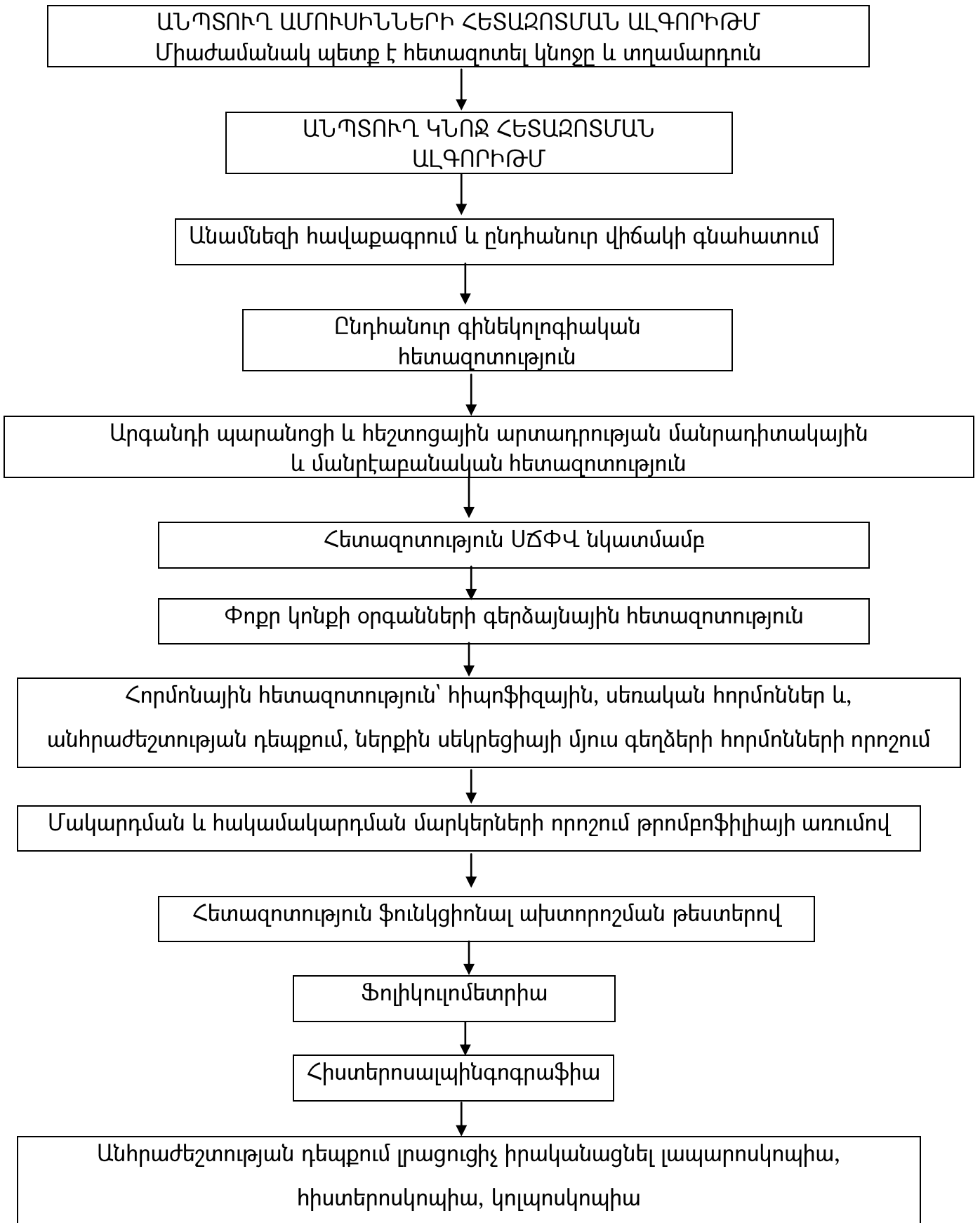
2) ռեպրոդուկտոլոգի, անդրոլոգի, ուրոլոգի խորհրդատվություն և մասնագիտական հետազոտություն

3) ՍՃՓՎ, ՄԻԱՎ

4) միզասեռական վարակների հետազոտություն

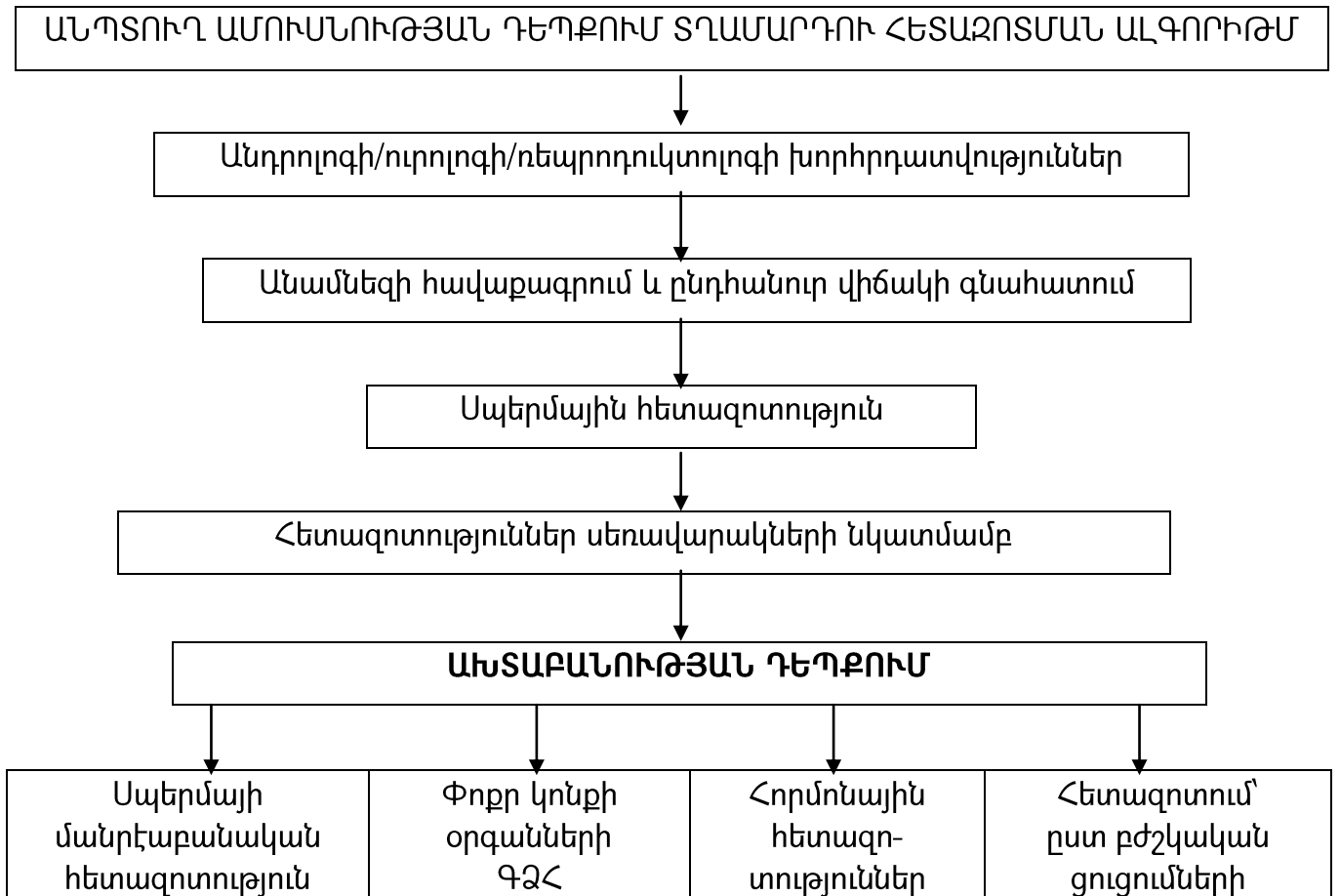
5) փոքր կոնքի ԳՁՀ

6) ԱՀԿ դասակարգմամբ էյակուլյատի (սերմնաժայթուք) հետազոտություն՝ pH-ի, մածուցիկության, սպերմատոզոիդների խտության, շարժունակության (A+B+C+D), ախտաբանական ձևերի, լեյկոցիտների և այլ նշումով:



Հայտնաբերված պատճառի և ախտաբանության հիման վրա ընտրվում է համապատասխան բուժում.

- կոնսերվատիվ, այդ թվում՝ հորմոնային
- լապարոսկոպիա
- արհեստական սերմնավորում
- արտամարմնային բեղմնավորում



ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. Աբրահամյան Ռ. Ա. և համահեղ. Անպտուղ ամուսնության տարածվածության, պատճառագիտության կլինիկահամաճարակաբանական ուսումնասիրություն. Երևան, 2009, 109 էջ:
2. Աբրահամյան Ռ. Ա. և համահեղ. Անպտուղ ամուսնության պատճառների և տարածվածության, օժանդակ տեխնոլոգիաների պահանջարկի գնահատման ուսումնասիրություն., Երևան, 2014, 69 էջ:
3. Адамян Л. В., Курило Л. Ф., Гончарова Н. Н., Мартышкина Е. Ю. Медико-генетическая диагностика бесплодия в супружеской паре, Материалы XXIV Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний», 2011, с. 156-157.
4. Абрамова З.И., Обыдена Е.А. Роль мужского фактора бесплодия в браке. В кн.: Пути снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Материалы республик. съезда акуш. и гинек.Украины. Донецк 2008 с.665
5. Александрова, Н. В. Марченко Л. А., Современные подходы к оценке овариального резерва у женщин с преждевременной недостаточностью яичников (обзор литературы), Проблемы репродукции, 2007, т. 13, № 2, с. 22-29.
6. Адамян Л.В. и др. Аплазия матки и влагалища (синдром Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера) в сочетании с эндометриозом: нерешенные аспекты этиологии и патогенеза (обзор литературы), Проблемы репродукции, 2016, № 3, с. 8-14.
7. Апрышко В., Яковенко С., Львова А., Вспомогательные репродуктивные технологии в лечении бесплодия: возможность и перспективы, Материалы VII междисциплинарной научно-практической конференции Урогенитальные инфекции и репродуктивное здоровье: клиничко-лабораторная диагностика и терапия, 28-29 мая 2014 года, Санкт-Петербург, 2014.

8. Артюхин А. А., Роль андрологии как составной части репродуктивной медицины в решении демографических проблем России, Вестник Российской академии медицинских наук, 2007, № 11, с. 50-52.
9. Борголов А. В., Лебедева Д. Н., Даржаев З. Ю., Булаев В. М. и др., Бесплодие в Республике Бурятия и экологическое состояние окружающей среды. Бюл. ВСНЦ СО РАМН, 2005, № 5, с. 82-85.
10. Бесплодный брак. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии Под ред. Г. М. Савельевой, М., МИА, 2006, 720 с.
11. Бесплодный брак. Протоколы заседаний Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗ РК, 2014, Астана, 35 с.
12. Боярский К. Ю., Гайдуков С. Н., Роль антимюллера гормона (АМГ) в норме и при различных гинекологических заболеваниях-Тезисы научно-практическ.конф. Казахстана, 2017, с. 32-33.
13. Боярский К. Ю., Факторы определяющие овариальный резерв, Журнал акушерства и женских болезней, 2009, Выпуск 2, с. 65-71.
14. Булаев В. М., Горина К. В., Воспроизводственные потенциалы населения Забайкальского края, Ученые записки ЗабГГПУ, 2013, № 1 (48), с. 156-161.
15. Вартамян Э. В., Преодоление повторных неудач ВРТ, автореферат на соискание ученой степени доктора медицинских наук, М., 2011, с. 46.
16. Вихляева Е. М., Руководство по эндокринной гинекологии, М., 2012, 232 с., с. 7.
17. Гагзян А. М., Аутоиммунный гипогонадизм (патогенез, диагностика, принципы лечения), автореф. дис. ... док. мед. наук. Санкт-Петербург, 2008, 38 с.
18. Гамидов С. И., Иремашвили В. В., Тхагапсоева Р.А., Мужское бесплодие: современное состояние проблемы Фарматека. 2009, № 9, с. 12-17,
19. Вартамян Э. В., Мартышкина Е. Ю., Цатурова К. А., Роль сочетанной патологии в неудачных протоколах ЭКО. Акушерство, гинекология и репродукция, 2011.-3. с. 17-25.

20. Герасимов А. М., Наружный генитальный эндометриоз и бесплодие: патогенез, ранняя диагностика, прогноз и эффективность лечения. Автореф на дисс д. м.н., Иваново, 2009, 29 с.
21. Гинекология: национальное руководство, под ред.: В. И. Кулакова, Г. М. Савельевой, И. Б. Манухина, М., ГЭОТАР-Медиа, 2016, 1079 с.
22. Горюнов В. Г., Евсеев Л. П., Евдокимов В. В., Корнилов В. Г., Скитомиди В. Л., Корякин М. В. Диагностика и лечение бесплодия у мужчин, Методические рекомендации, М., 2009, М., 25 с.
23. Гончаров Н. П., Репродуктивное здоровье - определяющий вектор здоровья нации, Андрология и генитальная хирургия, 2007, № 4, с. 5-11.
24. Гончарова Н.Н. Комплексная клиническая, медико-генетическая диагностика бесплодия в супружеской паре, Тезисы XXXIII Итоговой конференции молодых ученых, МГМСУ. Профессия – врач, Электронный журнал, 2011, № 1.
25. Данкевич Н. А., Лечение бесплодия в Украине - от врача женской консультации к репродуктологу. Журнал Здоровье Украины, тематический выпуск ПАГ, 2010. стр. 3.
26. Даржаев З. Ю. Женское бесплодие в основных этнических группах населения республики Бурятия: эпидемиология и клинико-патогенетические варианты: автореф. дис. ... докт. мед. наук, Иркутск, 2017, 36 с.
27. Дедов, И. И., Мельниченко Г. А., Синдром поликистозных яичников. Руководство для врачей, М., МИА, 2007, 361 с.
28. Дощанова А. М., Оказание помощи бесплодной паре, Алгоритм обследования, Астана, 2013, 28 с.
29. Загребельная И. В., Современные аспекты патогенеза и лечения эндокринного бесплодия, Международный медицинский журнал, 2010, № 1, с. 25-29.
30. Зазулина Я.А. Выявление и коррекция управляемых клинических предикторов результативности метода экстракорпорального оплодотворения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Самара, 2017, 21 с.

31. Ишан-ходжаева Ф. Р., Особенности клинических, лабораторных и психо-эмоциональных характеристик больных с генитальным эндометриозом и бесплодием: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Душанбе, 2017, 23 с.
32. Исаков В.А., Куляшова Л. Б., Березина Л. А., Закревская А. В. Лабораторная диагностика урогенитального хламидиоза, Сообщение 1. Распространенность, свойства и классификация хламидийной инфекции: аналитический обзор/проблемы репродуктолог, 2012, № 1, с. 11-17.
33. Карпухин И. В., Актуальные проблемы репродуктивного здоровья человека, Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры, 2011, № 2, с. 36-38.
34. Клинышкова Т. В., Женское бесплодие и хламидийная инфекция (клинико-иммунологические аспекты): автореф. дис. ... докт. мед. Наук, М. 2015, 27 с.
35. Коваленко О. А., Дифференцированная тактика ведения женщин с бесплодием на фоне хронической ановуляции и гиперандрогении в зависимости от массы тела: автореф. дис. ... канд. мед. наук, Самара, 2004, 25 с.
36. Курило Л.Ф. и др. Количественный анализ состава фолликулов при эндометриозе. Проблемы репродукции, 2006, № 3, с. 53-59.
37. Колесникова Л. И., Сутурина Л. В., Лабыгина А. В., Кузьменко Е. Т, Бесплодный брак в современных условиях Восточной Сибири «Проблемы медико-демографического развития и воспроизводства населения в России и регионах Сибири»: Материалы Всеросс. конф., Иркутск., 2007, с.11-18.
38. Корсак В. С., Эндометриоз и ВРТ. Проблемы репродукции, 2006, № 3, с. 41-46.
39. Корсак В. С., Руководство по вспомогательным репродуктивным технологиям для врачей и эмбриологов <https://www.labyrinth.ru/books/499873/>, М., 2015, 240 с.
40. Костючек И. Н., Никитин С. В., Клещев М. А. Гистологические и молекулярные маркеры эндометрита при бесплодии, Проблемы репродукции: III Межд. конг. по репродуктивной медицине, М., 2009, с. 282.

41. Костюкова Н. Б., Наумов Н. В., Демидов А. В., Прогнозирование состояния репродуктивного здоровья женщин по их медико-социальным характеристикам, Управление, информация и оптимизация: материалы Всероссийской научной школы. Воронеж, 2011, с. 32-34.
42. Кудайбергенов Т. К., Султанова Ж. У., Манасова И. К., Совершенствование методов диагностики и лечения в гинекологии. Актуальные проблемы акушерства, гинекологии и перинатологии, Алматы, 2007, стр. 177-178.
43. Кузьменко Е. Т., Сутурина Л. В., Викулова Н. Р., Опыт проведения эпидемиологического исследования частоты и структуры бесплодия в браке при анкетировании женщин репродуктивного возраста в г. Шелехов, Иркутской области, Бюл. ВСНЦ СО РАМН, 2005, № 5, с. 49-53.
44. Кузьменко Е.Т., Клинико-эпидемиологические аспекты женского бесплодия (на примере Иркутской области): автореф. дис. ... канд.мед.наук.М Иркутск, 2008, 21 с.
45. Каминский В. В., Жук С. И., Синенко Н. А., Каминский А.В. К вопросу обеспечения мониторинга гормонального статуса женщин, Репродуктивное здоровье женщины, № 2 (36), 2008.
46. Кузьменко Е. Т., Лабыгина А. В., Результаты применения неинвазивных методов диагностики трубного фактора бесплодия, Бюл. ВСНЦ СО РАМН, 2005, № 5, с. 53-55.
47. Кулаков В. И., Савельева Г. М, Манухин И. Б., Гинекология: национальное руководство. ГЭОТАР-медиа, М. 2016, 1079 с.
48. Кулаков В. И., Фролова О. Г. Репродуктивное здоровье в Российской Федерации. Народонаселение, 2004, № 3, с. 93-96.
49. Кулаков В. И., Адамян Л. В., Мынбаев О. А., Оперативная гинекология, М., Антидор, 2015, 49 с.
50. Кузьменко Е. Т., Лабыгина А. В., Федько Л. П., Лечение патологии шейки матки у женщин, планирующих беременность, как мера сохранения репродуктивного здоровья, Тез. Росс. науч.-практ. конф. «Патология шейки и генитальные инфекции – от теории к практике», М., 2007, с. 46-47.

51. Кузнецова Т. В., Медико-социальные факторы, определяющие репродуктивное поведение женщин в современных условиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2011, 26 с.
52. Кузнецова Т. В., Медико-статистический анализ динамики репродуктивных исходов в России за период 1999-2008 гг., Информационно-аналитический Вестник «Социальные аспекты здоровья населения», 2009, № 4 (12).
53. Краснопольская К. В., Горская О. С., Кабанова Д.И. Роль гестагенов в лечении бесплодия и невынашивания беременности. Акушерство и гинекология, 2011. № 2, с. 21-23.
54. Кулакова В. И., Леонова Б. В., Кузьмичева Л. Н. Лечение женского и мужского бесплодия. Медицинское информационное агенство, М., 2005. 592 с.
55. Лебедев В. А., Пашков В. М., Клиндухов И. А., Современные принципы терапии больных с хроническим эндометритом, Трудный пациент. 2012, <http://t-pacient.ru/articles/408/#more-408>.
56. Лечение бесплодия методом ЭКО/ЭКО-ИКСИ. Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан. от «29» ноября 2016 года, Протокол № 16.
57. Локшин В. Н., Особенности вспомогательных репродуктивных технологий при некоторых гинекологических заболеваниях. Актуальные проблемы акушерства, гинекологии и перинатологии. Алматы 2007. стр. 185-187.
58. Локшин В. Н., Джусубалиева Т. М., Вспомогательные репродуктивные технологии, Алматы, 2013, 89 с.
59. Медведев М. В., Михеева Н. Г. и др. Основы ультразвукового исследования в гинекологии. Практическое пособие для врачей. М., Реал Тайм, 2010. 104 с.
60. Макаров И. О., Шешукова Н. А., Возможности применения фторхинолонов в комплексном лечении хронического эндометрита, Трудный пациент, 2012. <http://t-pacient.ru/articles/468/#more-468>.
61. Мальцева Л. И., Смолина Г. Р., Юпатов Е. Ю., Хронический эндометрит и тазовая боль. Акушерство, гинекология и репродукция, 2012, № 3, с. 23-27.

62. Машина М. А., Шарапова Е. Н., Кузьмин В. Н., Проблемы изменения репродуктивного поведения и реализации репродуктивной функции. Медицинский научно-практический журнал «Лечащий врач», 2014, № 12, с. 22-24.
63. Медведева О. В., Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья современных семей, Общественное здоровье и здравоохранение, 2010, № 1, с. 85-89.
64. Макаричева Э., В. Медико-генетическое обследование супружеских пар при бесплодии. Материалы 23-го Международного конгресса; Проблемы репродукции, 2014, М. с. 29-30.
65. Махотина Н., Е. Новые технологии комплексной диагностики причин женского бесплодия: автореф. ... канд.мед. наук, Омск, 2009, 21 с.
66. Медико-демографические показатели Российской Федерации. Ежегодные Статистические материалы, М., 2015, ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздравсоцразвития России, 164 с.
67. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: десятый пересмотр. ВОЗ, Женева, 2013, Ер., 2013, на арм. языке.
68. Модифицированный протокол циклов ЭКО у женщин со сниженным овариальным резервом, 2017, М., 32 с.
69. Мотовилова Т. М., Качалина Т. С., Аникина Т. А., Оценка роли бактериофагов в этиотропной терапии инфекционно-воспалительных процессов на примере лечения хронического неспецифического эндометрита. Взгляд клинициста, Трудный пациент, 2013, <http://t-patient.ru/tag/хронический-эндометрит/>
70. Назаренко Т. А., Стимуляция функции яичников. 5-е изд., доп. и перераб., М., МЕДпресс-информ, 2015, 288 с.
71. Никитина В.К. Характеристика причин эндокринного бесплодия у русских и буряток по данным обращаемости, Бюлл. ВСНЦ СО РАМН, 2010. № 76, с. 67-69.

72. Ншанян С. Ю., Диагностика и лечение структурно-функциональных нарушений эндометрия у женщин с бесплодием: автореф. дис..... канд. мед.наук М, 2004. 23 с.
73. Прилепская В.Н. Ожирение. и репродуктивная система женщины, Матер. V Рос. форума «Мать и дитя», М., 2003, с. 424-425.
74. Петунина Н. А., Современные подходы к лечению ожирения. Синдром поликистозных яичников: современные подходы к диагностике и лечению бесплодия М., МЕДпресс-информ, 2009. 208 с.
75. Палиева Н. В., Тактика ведения больных с синдромом «пустых» фолликулов в программах экстракорпорального оплодотворения.-Автореф.- дисс. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, 2012, 23 с.
76. Перминова С. Г. Бесплодие у женщин с патологией щитовидной железы: принципы диагностики, тактика ведения: автореф. дис... доктора медицинских наук, М., 2010, 275 с.
77. Петров Ю. А., Современные аспекты лечения хронического эндометрита, Фундаментальные исследования, 2011, № 11-3, с. 563–565.
78. Пестрикова Т. Ю., Юрасова Е. А., Юрасов И. В., Воспалительные заболевания в гинекологии. Практическое руководство, М., 2009, 426 с.
79. Попов А. А., Рамазанов М.Р., Коваль А.А., Чантурия Т.З. Лечение бесплодия у пациенток с малыми формами наружного генитального эндометриоза. 1-ый Европейский конгресс по эндометриозу. Российский Вестник акушер-гинеколога, 2013, 13,(3).96-98,
80. Пономаренко Г. Н., Способ улучшения состояния эндометрия в программе ВРТ у пациенток с бесплодием, Патент - №2223798 РФ, 2017.
81. Подзолкова Н. М., Колода Ю. А., Коренная В. В., Кайибханова К. М., Эффективность вспомогательных репродуктивных технологий при миоме матки, Гинекология, 2015, т. 17, № 2, с. 60-64.
82. Потапов В .А., Ивах В. И, Пащенко С. А., Куликовская Е.В. Клиническая фармакотерапия в репродуктологии, М., 215 с.

- 83 Пальцев М.А Айламазян Э.К.. Маркеры имплантационной восприимчивости эндометрия: роль и значение тонкого эндометрия в циклах экстракорпорального оплодотворения. Молекулярная медицина. 2014, № 3 с. 3-8.
- 84 Радченко О. Р., Уразманов А. Р., Алгоритм оценки риска мужского бесплодия в условиях социальной и антропогенной нагрузки Современные проблемы науки и образования, 2011, № 5-17-21.
- 85 Радченко О. Р., Алиментарные и поведенческие стереотипы у мужчин с нарушением сперматогенеза, Казанский медицинский журнал, т. ХСII, № 2, 2011, с. 276-280.
- 86 Радченко О. Р., Факторы риска мужского бесплодия. Методы профилактики, Практическая медицина, 2011, № 6, с. 11-15.
87. Реброва О. Ю., Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA, М., МедиаСфера, 2002. 312 с.
88. Рыжаков Д.И., Артифексов С.Б. Мужское бесплодие и сексуальные дисфункции. М., 2002. 215 с.
89. Ринчиндоржиева М. П, Даржаев З. Ю, Бесплодие и экологическое состояние окружающей среды., Актуальные проблемы регионального здравоохранения, 2007, с. 243-246.
90. Ринчиндоржиева М. П., Женское бесплодие в промышленном городе Республики Бурятия: эпидемиология, клинические формы, факторы риска: автореф. дисканд.мед. наук. Иркутск, 2011, 21 с.
- 91 Руководство ВОЗ по стандартизованному обследованию и диагностике бесплодных супружеских пар, пер. с англ., 5-е издание, М., Изд-во «МедПресс», 2015. 91 с.
- 92 Руководство по гинекологии, под.ред. Э. К. Айламазян, М., МЕДпресс – информ, 2012, 512 с.
- 93 Руководство ВОЗ для лабораторного исследования и обработки человеческой спермы, 2010, 25 с.
- 94 Рудакова Е. Б., Лобода О. А., Хронический эндометрит в аспекте результативности программ экстракорпорального оплодотворения, Лечащий Врач, 2012, № 11.

- 95 Савельева Г. М., Бреусенко В. Г., Каппушева Л. М., Гистероскопия М., ГЭОТАР-МЕД, 2001, 176 с.
- 96 Савицкий Г. А., Горбушин С. М., Перитонеальный эндометриоз и бесплодие (клинико-морфологические исследования), СПб., Элби, 2002, 170 с.
- 97 Серова О. Ф., Зароченцева Н. В. Синдром поликистозных яичников, Тактика лечения бесплодия у пациенток с СПКЯ, Гинекологическая эндокринология, Том 7, № 9, 2005, с. 22-135.
98. Ситдикова И. Д., Ишуткина О. И., Экологические аспекты репродуктивного здоровья населения крупных индустриальных городов, Медицинская сестра, 2006, № 4, с. 18-20.
99. Сидельникова В. М., Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием. Методические пособия и клинические протоколы. М., 2011, с. 219.
100. Собенников И.С. Влияние хирургического лечения больных паховой грыжей на тестикулярную функцию: автореф. дис. ... канд. мед. наук..2017, Рязань, 25 с.
101. Собенников И.С., Черенков А. А., Гостев Л. В., Редкое клиническое наблюдение пациента, страдающего мужским бесплодием и комбинированной формой гипогонадизма/ Интересные наблюдения в клинике: сб. науч. тр., Рязань, 2013, с. 109-112.
102. Сидорова И.С., Станоевич И.В., Кудрина Е.А., Коган Е.А., Коновалова А.В., Фэн И., К. Особенности репродуктивного анамнеза женщин с сочетанными гиперпластическими заболеваниями матки // IV Международный конгресс по репродуктивной медицине. - 2010. - С.205-206.
103. Сорокина Т. М., Гончарова Н. Н., Курило Л. Ф., Структура генетической патологии органов репродуктивной системы. Материалы первого национального форума «Репродуктивное здоровье как фактор демографической стабилизации», 2012, с. 72-73.

104. Социально-гигиенический мониторинг, Медико-демографические показатели здоровья населения в Забайкальском крае в 2004-2011 годах и вклад социально-экономических факторов в их формирование, Режим доступа: [http://75.rospotrebnadzor.ru/sites/default/files/demografiya 2011.pdf](http://75.rospotrebnadzor.ru/sites/default/files/demografiya%202011.pdf) (дата обращения 12.06.2014).
105. Смольникова, В. Ю., Финогенова Е. Я., Схемы стимуляции суперовуляции в программе ЭКО Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского бесплодия, М., МИА, 2000, Гл. 6, с. 91-135.
106. Сметник В. П., Тумилович Л. Г., Неоперативная гинекология М.: Медицина, 4-е переиздан. Том 2-ой, 2010. 389 с.
107. Сорокина Т. М., Структура наследственной патологии у лиц с нарушением формирования и/или функционирования органов репродуктивной системы: автореферат дис..... канд. мед. наук. ФГБУ «Медико-Генетический Научный Центр» РАМН. М., 2006, 20 с.
108. Степанова Е. В., Совершенствование организации медико-социальной помощи женщинам с хроническими заболеваниями репродуктивной сферы: автореф. дис... канд. мед. наук., Ставрополь, 2016, 26 с.
109. Сухих Г. Т., Шуршалина А. В., Хронический эндометрит: руководство, М., ГЭОТАР-Медиа, 2013, с. 64.
110. Сухих Г. Т., Назаренко Т. А., Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство, 2-е изд. испр. и доп., М., ГЭОТАР-Медиа, 2010, 784 с.
111. Ткаченко Э.Р. Комбинированное лечение распространенных форм наружного генитального эндометриоза и его влияние на иммунную систему: автореф. дис....канд.мед.наук. М., 2015.- 23с.
112. Тетелютина Ф. К., Шестакова О. В., Аветян Л. Т., Лагутко Н. Н., Современные аспекты недифференцированной дисплазии соединительной ткани на фоне дефицита нутриентов при бесплодии. Консилиум.Акуш.и Гинек, 2017, № 3 (153), с. 217-212.

113. Турдиева А. С., Тактика ведения и лечение женщин с трубным фактором бесплодия: автореф. дис... канд. мед. наук, Бишкек, 2012, 18 с.
114. Тумилович Л. Г., Геворкян М. А., Справочник гинеколога-эндокринолога, М., Практическая медицина, 2009, 202 с.
115. Унанян А. Л., Коссович Ю. М., Хронический эндометрит: этиопатогенез, диагностика, клиника, лечение, Лечащий Врач, 2013, № 11/12, <http://www.lvrach.ru/2012/11/15435572/>
116. Уварова М.,С. Серова И.,О. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных урогенитальным трихомониазом.М.,2015, 13с.
117. Устинкина Т.И. Этиологическая и патогенетическая структура бесплодия в семье: автореф. дис.... докт. мед. наук. М., 1990. - 36с.
118. Устинова Т. А., Артымук Н. В., Власова В. В., Пыжов А. Я. Бесплодие в Кемеровской области. Мать и дитя в Кузбассе, 2010, № 1, с. 37-39.
119. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных бактериальным вагинозом [Электронный ресурс], М., 2015, Режим доступа: http://www.cnikvi.ru/docs/clinic_recs/infektsii-peredavaemye-polovym-putem/,
120. Феоктистов А. А., Овсянникова Т. В., Камилова Д. П., Оценка частоты, морфологической и микробиологической структуры хронического эндометрита у пациенток с трубно-перитонеальной формой бесплодия и неудачными попытками экстракорпорального оплодотворения, Гинекология № 3, Том 11, 2016, 15-18 с.
121. Феоктистов А.А. Маточный фактор в клинике женского бесплодия: автореф. дис. ... канд. мед. наук., М., 2006, 29 с.
122. Филлипов О.С. Бесплодный брак в Западной Сибири: автореф.дисс. ... докт. мед. наук., М., 1999, 31 с.
123. Феоктистов А.А., Ниаури Д.А., Эллиниди В.Н., Обидняк Д.М. Влияние хронического эндометрита на эффективность программ вспомогательных репродуктивных технологий. Репродуктивные технологии сегодня и завтра. Материалы XXV Юбилейной международной конференции Российской Ассоциации Репродукции Человека. г. Сочи, 2015 г. стр.49.

124. Фролова Н. И., Белокриницкая Т. Е., Баркан Т. М., Плоткин И. Б., Гинекологическая заболеваемость молодых женщин с позиций воспроизводственных потенциалов Забайкальского края: медико-демографические параллели, *Мать и дитя в Кузбассе*, 2013, № 4 (55), с. 19-24.
125. Хадарцева К.А.,Паньшина М.В. Гистероскопия в оценке состояния эндометрия, *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*, 2015, № 10-5, с. 830-833,
URL:<https://www.applied-research.ru/ru/article/view?id=7637>
126. Хамадянов У. Р., Камалов Э. М., Субанова Т.В., Значение комплексной оценки и коррекции состояния эндометрия в повышении эффективности ЭКО, *Медицинский вестник Башкортостана*. 2011, т. 2, № 6, с. 310-314.
127. Шуршалина А.В. Хронический эндометрит: современные взгляды на проблему // *Consilium Medicum*. - 2011. - № 6. Т.13. - С. 36–39.
128. Шипхинеева Т. И., Сутурина Л. В., Даржаев З. Ю. и др.Характеристика причин эндокринного бесплодия у русских и буряток по данным обращаемости, , *Бюл. ВСНЦ СО РАМН*, 2010, № 6, с. 99.
129. Шарипов Г.Н. Отдаленные результаты микрохирургического восстановления маточной трубы при прогрессирующей трубной беременности, Автореферат дисс. на соискание учёной степени к. м. н., Душанбе, 2017, 25 с.
130. Шестакова Ж.А., Частота, структура и повреждающие факторы бесплодного брака в сельской и городской популяции Алтайского края: автореф. дисс. ... канд. мед. наук, Омск, 2009, 19 с.
131. Шестакова О. В., Тетелютина Ф.К. Репродуктивное здоровье супружеской пары при бесплодии на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани, *Практическая медицина*, 2015, № 3(95), с. 10-5.
132. Шнейдерман М. Г., Левков Л. А., Калинина Е. А. и др., Новый способ прегравидарной подготовки «тонкого» эндометрия - альтернатива гормональному лечению, *Акушерство и гинекология*, 2015, № 1, с. 15-20.

133. Щепин О. П., Белов В. Б., Роговина А. Г. Современная медико-демографическая ситуация в России, Проблемы - социальной гигиены и история медицины, 2009, № 6, с. 25-29.
134. Шати О.А. Комплексная немедикаментозная терапия больных с функциональным трубным бесплодием: Автореф. дис. .канд. мед. наук. -М., 1994. 21с. .
135. Щукина Н.А., Буянова С.Н. Современный взгляд на диагностику и лечение эндометриоза // РМЖ. 2014. №14. С. 1002
136. Шарфи Ю. Н. Роль гемодинамических и молекулярно-биологических факторов рецептивности эндометрия в программах ЭКО: автореф. дис..... канд.мед.наук. Санкт- Петербург 2015. - 138 с.
137. Эндометриоз и бесплодие. Инновационные решения. М.2013-128с.
138. Эпидемиология бесплодия: Докл. научн. группы ВОЗ. М., 2015. - С.4-15
139. Яворовская К.А. Роль эндокринных отклонений в реализации и повышении эффективности программы ЭКО и ПЭ: автореф. дис....докт. мед. наук. М.,1998. 41с
140. Adamson D. Endometriosis, infertility and ART / Modern aspects of treatment and assisted reproductive technologies. Report Third International Congress on Reproductive Medicine, Moscow. 2009. P.19-24
141. Abbott, J. A. The effects and effectiveness of laparoscopic excision of endometriosis: a prospective study with 2-5 year follow-up, J. A. Abbott, J. Hawe, R. D. Clayton, R. Garry, Hum. Reprod., 2003, Vol. 18, № 9, p. 1922-1927.
142. Active smoking compromises IVF outcome and affects ovarian reserve. Reprod Biomed Online, 2008, Vol. 16, № 1, p. 96-102.
143. Adamson GD, Kennedy SH, Hummelshoj L. Creating solutions in endometriosis: global collaboration through the World Endometriosis Research Foundation. J Endometriosis, 2010, 2:3-6.
144. Adamyan L.V. Endometriosis? What kind of treatment and when to choose // 42th AAGL Global Congress on Minimally Invasive Gynecology. Washington DC. USA. - 2013. -. p 220

145. Adamyan L.V. Strategies of management of genital endometriosis// The 18th Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility. Vienna. - 2013.p.22-23
146. ACOG Updates Guideline on diagnosis and treatment of endometriosis//Am Fam Phys 2011(Jan 1; 83), 84-95
147. Achache H, Revel A. Endometrial receptivity markers, the journey to successful embryo implantation. // Hum Reprod Update. — 2006. — Vol. 12(6).-p. 731-746.
148. Akunts K. and Khachikyan M., Sexually Transmitted diseases and Reproductive failure;epidemiological and clinical based data in Armenian SSR.In, Job Spira et, al. Public Health and Sexual transmission of Diseases.direction for future research and health policy., Paris, John Libbey company, 1990, p. 412-416.
149. Broekmans F. J. et al., Anti-Mullerian hormone and ovarian dysfunction Text., Trends Endokrinol, Metab, 2008, Vol. 11, p. 2096-2100.
150. Barad D. H., Yu Y., Kushnir V. A. et al, A randomized clinical trial of endometrial perfusion with granulocyte colony - stimulating factor in in vitro fertilization cycles: impact on endometrial thickness and clinical pregnancy rates, Fertil. Steril. 2014, T. 101, № 3, p. 710-71.
151. Bedaiwy K. Future of endometriosis medical therapy// Fertil and Steril 2017, № 1, p. 21-27.
152. Bulun S.E. Endometriosis// N Engl J Med 2009; 360: 268-79.
153. Boivin J., Bunting L., Collins JA, Nygren KG., International estimates of infertility prevalenc and treatment seeking: potential need and demand for infertility medical care. Hum Reprod2007;22:150612.
154. Bushnik T., Cook J. L., Yuzpe A. A., Tough S., Collins J., Estimating the prevalence of infertility in Canada, Hum. Reprod. 2012, Vol. 27, № 3, p. 38-746. 65.

155. Conti N., Cevenini G., Vannuccini S., Orlandini C., Valensise H., Gervasi M. T. et al. Women with endometriosis at first pregnancy have an increased risk of adverse obstetric outcome. *J. Matern. Fetal Neonatal. Med.* 2015; 28:1795–8.
156. Chandra A., Copen C. E., Stephen E. H. Infertility and Impaired Fecundity in the United States, 1982-2010: Data From the National Survey of Family Growth// *National Health Statistics Reports.* 2013. № 67 (August 14), 19 p., <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr067.pdf> (дата обращения 12.06.2014).
157. Cigarette smoking accelerates the development of diminished ovarian reserve as evidenced by clomiphene citrate challenge test (CCCT). *Fertil. Steril.* 1994. - Vol. 62. - p.257 - 262.
158. Cochrane Database of Systematic Reviews. 17. exp Reproduction/ 18. exp fertility promoting agent/ 19. exp infertility therapy/ 20. (In vitro ... been searched are: *Am J Reprod Immunol Microbiol.* 1980-1990 Searched for Infertility RCT's only, ... 1991- 1998, and 2002- ongoing searched for all RCT's *Andrologia.* 1980-1990 Searched for Infertility...EVALUATION OF MEASURES AIMED AT THE PREVENTION OF SUBFERTILITY .-2005; 4: CD002126.
159. Cochrane Database Syst Rev. EVALUATION OF DIAGNOSTIC TECHNIQUES IN THE INVESTIGATION OR ASSESSMENT OF THE SUBFERTILE COUPLE (6 Beaumont H.H. et al. 2007;(3): CD001017. EVALUATION OF SUBFERTILITY TREATMENTS RELATING TO THE MALE PARTNER (10).
160. Carlos Simo, Jose Bellver. Scratching beneath 'The Scratching Case': systematic reviews and meta analyses, the back door for evidence based medicine. // *Hum. Reprod.* -2014- Vol.29, No.8 p. 1618 –1621.
161. Cousineau TM, Domar AD. Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007;21:293-308.
162. Devroey P., Fauser BC., Diedrich K., Eviar Annual Reproduction (EVAR) Workshop Group2008: Approaches to improve the diagnosis and management of infertility, *Hum Reprod Update.* 2015: 391408.

163. D'Hooghe T.M., Debrock S., Hill J.A. et al. Endometriosis and subfertility: is the relationship resolved? // *Semin. Reprod. Med.* 2003. - Vol. 21. - № 2. -p. 243-254.
164. Demiroglu A., Guven S., Baykal C., Gurgan T. Effect of endometrioma cystectomy on IVF outcome: a prospective randomized study // *Reprod. Biomed. Online.* 2006. - Vol. 12. - № 5. - p. 639-643.
165. Donnez J., Binda M. M., Donnez O., Dolmans M. M., Oxidative stress in the pelvic cavity and its role in the pathogenesis of endometriosis. *Fertil Steril*, 2016;106:1011-7.
166. Donnez J., Squifflet J., Pirard C. et al. The efficacy of medical and surgical treatment of endometriosis-associated infertility and pelvic pain // *Gynecol. Obstet. Investig.* 2002. Vol. 54. № 1. p. 2-10.
167. Evans-Hoeker E. A., Young S. L., Endometrial receptivity and intrauterine adhesive disease, *Semin. Reprod. Med*, 2014, № 32, № 5, p. 391-401.
168. Farquhar C. Endometriosis. - *BMJ*, 2007. - 334 P.
169. Gaidarova A. Kh., Kul'chitskaia D. B., Sycheva A. Iu. et al. Dynamics of the functional characteristics of the microcirculation system in the women of late reproductive age presenting with chronic endometritis under effect of contrast massage, *Vopr. Kurortol. Fizioter. Lech. Fiz. Kult.* 2014, № 4, p. 33-37.
170. Gleicher N., Kim A., Michaeli T. et al. A pilot cohort study of granulocyte colony-stimulating factor in the treatment of unresponsive thin endometrium resistant to standard therapies, *Human Reprod*, 2013, № 28, p. 172-177.
171. Guidelines for investigation and treatment of male infertility. *Eur. Urol.* 2004 Nov; 46(5): 5558, Text update April, 2010.
172. Guidelines on Infertility. European Association of Urology, Arnhem, Netherlands, 2004, p. 1-58.
173. Geber S., Ferreira D.P. Effects of previous ovarian surgery for endometriosis on the outcome of assisted reproduction treatment // *Reprod. Biomed.* 2002. Vol. 5. № 2. p. 162-166.

174. Garcia-Velasco J.A., Mahutte N.G., Corona J. Removal of endometriomas before in vitro fertilization does not improve fertility outcomes: a matched, case-control study// Fertil. Steril. 2004. - Vol. 82.-№ 4. p. 987-988.
175. Luttjeboer FY, Verhoeve HR, van Dessel HJ, et al., The value of medical history taking as risk indicator for tuboperitoneal pathology: a systematic review, BJOG 2009, 116:612.
176. Lebovitz O., Orvieto R. Treating patients with «thin» endometrium - an ongoing challenge, Gynecol. Endocrinol. 2014. T. 30, № 6, 409-414.
177. Li Y., Pan P., Chen X. et al. Granulocyte colony - stimulating factor administration for infertile women with thin endometrium in frozen embryo transfer program, Reprod. Sci. 2014. T. 21. № 3. p. 381-385.
178. Lund R., Sejbaek CS, Christensen U., Schmidt L., The impact of social relations on the incidence of severe depressive symptoms among infertile women and men, Hum Reprod 2009;24:2810-2820.
179. Mascarenhas M. N., Cheung H., Mathers C. D., Stevens G.A. Measuring infertility in populations, constructing a standard definition for use with demographic and reproductive health surveys, Popul. Health Metr, 2012, № 10, p. 1-11.
180. Malinova M., Abouyta T., Krasteva M., The effect of vaginal sildenafil citrate on uterine blood flow and endometrium in the infertile women, Akush. Ginekol, (Sofia), 2013, № 52, Suppl. 1, p. 26-30.
181. Mazur MT, Kurman RJ. Diagnostic of endometrial biopsies and curreting. A practical approach. // «Spinger». 2005. p. 7-33, p 100-120.
182. Mathews T. J., Hamilton B. E., Delayed childbearing: More women are having their first child later in life. NCHS data brief, № 21, National Center for Health Statistics. 2009, <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db21.pdf> (дата обращения 12.06.2014),
183. March C. M., Acherman's syndrome, Semin. Reprod. Med. 2011, T. 29. № 2, p. 83-94.

184. Mascarenhas M. N., Flaxman S. R., Boerma T., Vanderpoel S. et al. National, regional, and global trends in infertility 1990: A systematic analysis of 277 prevalence since health surveys, , 2012, Vol. 9, № 12, <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001356> PLoS Med
185. National Institute for Clinical Excellence (NICE) guideline 11: Fertility: Assessment and treatment for people with fertility problems, Clinical Guideline. RCOG press, London, 2013.
186. Narvekar SA, Gupta N, Shetty N, Kottur A, Srinivas M, Rao KA. Does local endometrial injury in the nontransfer cycle improve the IVF-ET outcome in the subsequent cycle in patients with previous unsuccessful IVF? A randomized controlled pilot study. //J Hum Reprod Sci. 2010; 3(1):15-19.
- 187 Orvieto R. Treating patients with «thin» endometrium - an ongoing challenge, Gynecol. Endocrinol, 2014, № 4, p. 30-36.
188. Paulson R. J. Hormonal induction of endometrial receptivity, Fertil. Steril, 2011, T. 96, № 3, p. 530-535.
189. Perquin DA, Dörr PJ, de Craen AJ, Helmerhorst FM. Routine use of hysterosalpingography prior to laparoscopy in the fertility work up: a multicentre randomized controlled trial. Hum Reprod 2006; 21:1227. 14
190. Prevalence of primary and secondary infertility by region and globally, 1990 and 2010. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001356.s001>.
191. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion. Fertil Steril, 2012, 98:302.
192. Raymond Hang Wun Li., Ernest Hung Yu Ng. Management of anovulatory infertility, MBBS, MMedSc, MRCOG, FHKAM(O&G), Cert RCOG (Reproductive Medicine. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 26 (2012) 757-768.
193. Remah M Kamel. Management of the infertile couple: an evidence based protocol. Reproductive Biology and Endocrinology 2010, 8:21.

194. Reproductive health in Armenia (Results of the nation –wide Reproductive health survey in Armenian men and women, with special reference to sexually transmitted diseases and infertility, Khachikyan M. et all. Yerevan. 1998, 98 P.
195. Reproduction. — Vol.25, supplement 1: Abstract of the 26th Annual Meeting of ESHRE, Rome, Italy, 27-30 June , 2010, p. 280.
196. Revel A. Defective endometrial receptivity// Fertil. Steril. 2012, Vol. 97, 5, p. 1028-1032.
197. Reid S., Lu C., Hardy N., Office gel sonovaginography for the prediction of posterior deep infiltrating endometriosis; a multicenter prospective observational study. *Ultrasound Obstet. Gynecol.*, 2014, № 44, 710-718.
198. Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome, Text, *Fertil Steril*-2004, Vol. 81, № 1, p. 19-25.
199. Saunders RD, Shwayder JM., Nakajima ST. Current methods of tubal patency assessment. *Fertil Steril* 2011, 95: p.2171
200. Schuppe H. C., Jung A., Köhn F. M., Haidl G., The impact of lifestyle factors male reproductive health, Schuppe H. C., Jung A., Köhn F. M., Haidl G., *MMW Fortschr Med.*, 2011, VI. 10, № 153 (6), p.33-36.
201. Speroff L., Fritz MA. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. 7th edition. 2014, D002126.
202. The ESHRE Capri Workshop Group. Diagnosis and management of the infertile couple: missing information. *Hum Reprod Update*. 2004;10(4):295–307. doi: 10.1093/humupd/dmh024.
203. The Demographic and Health survey in Armenia, Yerevan, 2000, 2005, 2010, 2016.
204. Tracy Wing Yee Yeung, Joyce Chai, Raymond Hang Wun Li, Vivian Chi Yan Lee, Pak Chung Ho, and Ernest Hung Yu Ng. The effect of endometrial injury on ongoing pregnancy rate in unselected subfertile women undergoing in vitro fertilization: a randomized controlled trial. // *Hum Reprod*. 2014. –Vol 29 (11) p.2474-2481.

205. World fertility report. 2014. New York: United Nations Population Division, 2015.
206. World Health Organization Reproductive health indicators for global monitoring: guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. Geneva: World Health Organization, 2006, 63 P.
207. What is the true prevalence of infertility?
<http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.12.006>
208. World Health Organization: WHO Laboratory Manual for the Examination of Human Semen and Sperm Cervical Mucus Interaction, Cambridge University Press, Cambridge, 2010, p.56.
209. World Health Organization. Glossary. Geneva: World Health Organization, 68 P. (2006) 1993.
210. World Health Organization. Sexual and reproductive health: infertility is a global public health issue, 23 October 2014, date last accessed 2015, 45 p.
<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/perspective/en/>
211. World health statistics 2010, Geneva, Switzerland, World Health Organization 2010, 214 p.
212. Zhang H. X., Wang S. Y., Zhang S. W., Deng X. H. Increasing trend of prevalence of infertility in Beijing, Режим доступа:
http://www.cmj.org/ch/reader/download_new_edit_content.aspx?file_no=201310220000017&journal_id=jmcr (дата обращения 12.06.2014).
213. Zotova O.A. Gutorova M.S. Adenomyosis: pathogenetic role of steroid hormones reseption. Abstract Book 4th International Medical Congress for Students and Young Doctors. Chisinau, Republic of Moldova, 2012, p. 23.