

ԵՐԵՎԱՆԻ ՄԻԻԹԱՐ ՀԵՐԱՑՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ  
ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ԱԼԵՔՍԱՆՑԱՆ ԱՆԻ ԿԱՌԼԵՆԻ

ՄԻԱՊՏՈՒՂ ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԸՆԹԱՑՔԸ ԵՎ ԵԼՔԸ ԱՐՏԱՄԱՐՄՆԱՅԻՆ  
ԲԵՂՄՆԱՎՈՐՈՒՄԻՑ ՀԵՏՈ

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

ՄԵՂՍԱԳԻՐ

Երևան-2022թ.

---

ЕРЕВАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ИМ. М. ГЕРАЦИ

АЛЕКСАНЫ АНИ КАРЛЕНОВНА

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД ОДНОПЛОДНОЙ

БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО

ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

АВТОРЕФЕРАТ

Диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук  
по специальности 14.00.01-«акушерство и гинекология»

Ереван-2022

Ատենախոսության թեման հաստատվել է Մոր և մանկան առողջության պահպանման գիտահետազոտական կենտրոնի գիտական խորհրդի 24.05.2018թ. թիվ 3 նիստում

Գիտական ղեկավար՝	բ.գ.դ., պրոֆ. Գ.Գ Օկոն
Պաշտոնական ընդդիմախոսներ՝	բ.գ.դ. պրոֆ. Կ. Ա. Թռիխունց
	բ.գ.թ. Վ. Վ. Ռաֆյան
Առաջատար կազմակերպություն՝	Վերարտադրողական առողջության, պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի Հանրապետական ինստիտուտ

Պաշտպանությունը կայանալու է 2022թ. Դեկտեմբերի 13-ին, ժամը 15 00-ին Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական Բժշկական Համալսարանին կից գործող 061 «Մանկաբարձագինեկոլոգիայի և ուռուցքաբանության», մասնագիտական խորհրդի նիստում (ՀՀ, 0025, ք. Երևան, Կորյունի 2)

Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ ԵՊԲՀ գրադարանում:

Մեղմագիրն առաքվել է 2022թ. նոյեմբերի 2-ին:

061 մասնագիտական խորհրդի  
գիտական քարտուղար՝



բ.գ.դ., պրոֆ. Տ. Գ. Ավագյան

---

Тема диссертации утверждена на заседании Научного Совета Научно-исследовательского центра охраны здоровья матери и ребенка 24.05.2018 г.

Научный руководитель:	д.м.н., проф. Г. Г. Окоев
Официальные оппоненты:	д.м.н. проф. К. А. Тохунц к.м.н. В. В. Рапян
Ведущая организация:	Республиканский институт репродуктивного здоровья, перинатологии, акушерства и гинекологии

Защита состоится 13 декабря 2022 г. В 15. 00 часов на заседании Специализированного совета 061 по Акушерству, гинекологии и онкологии, при ЕГМУ им. М. Гераци (РА, 0025, г. Ереван, Корюна 2)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ЕГМУ им. М Гераци.

Автореферат разослан 2 ноября 2022г.

Учёный секретарь

Специализированного совета 061



д.м.н., проф. Т. Г. Авакян

## ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԲՆՈՒԹՎԱԻՐԸ

**Թեմայի արդիականությունը:** Ներկայումս աշխարհում ապրում է արտամարմնային բեղմնավորմամբ (ԱՄԲ) կայացած հղիությունից ծնված առավել քան չորս միլիոն մարդ (Никифоров Д.В. и соавт., 2015; Sandin S. et al., 2013): Մանկաբարձ-գինեկոլոգների և մանկաբույժների համար ԱՄԲ հղիությունը դառնում է ամենօրյա իրողություն, որը պահանջում է հղիության ընթացքի, մոր և նորածնի առողջական վիճակի գնահատում և տարբերակված հսկողության ալգորիթմների մշակում (Баранов А.А. и соавт., 2015):

Չնայած սաղմնաբանության և վերարտադրողական բժշկության ակտիվ զարգացմանը ԱՄԲ ծրագրերի արդյունավետության ցուցանիշները տարեցտարի մնում են կայուն (Подзолкова Н.М. и соавт., 2014):

Ավելի ու ավելի շատ տվյալներ են ի հայտ գալիս այն մասին, որ ԱՄԲ արդյունքում կայացած հղիությունների պարագայում ավելի մեծ է բարդությունների, մայրական ու պտղային անբարենպաստ ելքերի հավանականությունը ինքնաբեր հղիությունների համեմատությամբ (Dhalwani N.N. et al., 2016): Բացի ՎԾ-ից դիտվում են բազմապտղություն, հղիության ընդհատման սպառնալիք, պլացենտացիայի ախտաբանություն, պտղի ներարգանդային աճի դանդաղում (ՊՆԱԴ), պտղի անտե և ինտրանատալ թթվածնաքաղց, պրեէկլամպսիա (ՊԷ) (Fedder J. et al., 2013; Royster G.D. et al., 2016):

Բնականաբար բազմաթիվ հարցեր են առաջանում նշված բարդությունների զարգացման մեխանիզմների վերաբերյալ: Հայտնի է, որ ԱՄԲ ծրագիրը ներառում է հորմոնային դեղամիջոցների զանգվածային չափաքանակների կիրառում, ինչը գուցակցվում է ձվարանային հորմոնների էնդոգեն արտադրության հետ և կարող է բացասական ազդեցություն թողնել հեմոստազի համակարգի ցուցանիշների վրա:

Մասնավորապես հղիների մոտ բարդությունների առաջացումը կապում են ԱՄԲ-ից հետո զանգվածային հորմոնթերապիայի (Dong J. et al., 2017), ինչպես նաև մինչև հղիության 12 շաբաթականը, իսկ երբեմն էլ (Russell R. et al., 2015) դեղին մարմնի հորմոնային առավել երկարատև <<աջակցության>> հետ, ինչը խթանում է թրոմբոֆիլային վիճակների առաջացումը (Милюк Н.С. и соавт., 2014):

Բացի այդ հորմոնային բուժումը հանգեցնում է աուտոիմուն պրոցեսների և վիրուսա-բակտերիալ վարակների ակտիվացմանը (Краснопольская К.В. и соавт., 2011; Palomba S. et al., 2015), ինչը կարող

անբարենպաստ ազդեցություն թողնել ԱՄՖ արդյունքում կայացած հղիության ընթացքի վրա (Simopoulou M. et al., 2019):

Այս տեսակետից առավել բնական է դիտարկվում այն պնդումը, որ ձվարանների գերխթանման համախտանիշի (ՁԳՀ) միջին և ծանր ձևերի զարգացումը բացասաբար է անդրադառնում հղիության ընթացքի վրա (Grbavac I. et al., 2018), իսկ ինքնաբեր վիժման ռիսկը մեծանում է 5 անգամ՝ ՁԳՀ-ի թեթև ձևի համեմատությամբ (Бицадзе В.О. и соавт., 2013; Banker M., Garcia-Velasco J.A., 2015):

Գանացի անպտղության պատճառներից պտղի համար քիչ վտանգավոր են արգանդափողերի անցանելիության խանգարումները և արգանդի կառուցվածքային անկանոնությունները, զգալիորեն ավելի վտանգավոր են ապագա մոր էնդոկրին, ծանր սոմատիկ, ինչպես նաև ժառանգական հիվանդությունները (Баранов А.А. и соавт., 2015):

Գտնում են, որ ԱՄՖ մեթոդը ինքնին կարող է ազդեցություն ունենալ հղիության ելքերի վրա (Zhao J. et al., 2016): Այսպես, ձվաբջիջների դոնորության հայեցակարգը կապված է մանկաբարձական և նորածնային անբարենպաստ ելքերի հետ: Ձվաբջիջների դոնորությունից հետո կայացած հղիությունը մեծացնում է մի շարք մանկաբարձական և նորածնային բարդությունների վտանգը (Storgaard M. et al., 2017):

Կարելի է պնդել, որ ԱՄՖ-ից հետո կայացած հղիության ընթացքի բարդությունների պատճառը հանդիսանում է ինչպես ամուսնական գույզի անպտղության գործոնների, այնպես էլ գերձվագատման և լյուտեինային փուլի ապահովման համար անհրաժեշտ հորմոնային բուժման գույզակցումը (Скворцова М.Ю., Прилуцкая С.Г., 2016):

Բարդությունների և առանձնահատկությունների լայն սպեկտրը բնորոշ է ոչ միայն ԱՄՖ արդյունքում կայացած հղիություններին, այլ նաև ծննդաբերություններին:

Ինտրանատալ շրջանի բարդությունների թվում դիտվում են փափուկ ծննդաբերական ուղիների պատռվածքներ (20%), պտղաջրերի վաղաժամ արտահոսք (5%), ծննդաբերական գործունեության անկանոնություններ (5%) (Аргасова А.С., 2015):

Անհրաժեշտ է նշել ԱՄՖ արդյունքում կայացած հղիությունների դեպքում պլանային վիրահատական ծննդալուծումների բարձր հաճախությունը, որը կարող է հասնել մինչև 70-80% կամ նույնիսկ 100%-ի:

Գրականության մեջ կան տվյալներ, որ ԱՄՖ-ից հետո մեծանում է պերինատալ բարդությունների և պտղի բնածին արատների վտանգը (Zhao J. et al., 2018): Ընդ որում, որոշ հետազոտողների կարծիքով արատների

հաճախությունը կախված չէ ԱՄԲ մեթոդից (Zhu J. et al., 2019): Այլ աշխատանքներում նշվում է, որ սերմնաբջիջների ներբջջապլազմային ներարկման (ԻՔՄԻ + ԱՄԲ) արդյունքում ծնված երեխաների մոտ բնածին արատների վտանգը ավելի մեծ է միայն ԱՄԲ արդյունքում ծնված երեխաների համեմատությամբ: Սակայն հայտնի չէ, թե արդյոք այդ վտանգը կապված է ԱՄԲ մեթոդի (այսինքն ԱՄԲ-ի կամ ԻՔՄԻ +ԱՄԲ-ի), անպտղության գործոնի (Jwa S.C. et al., 2019), թե մոր տարիքի հետ (Davies M.J. et al., 2017):

Սակայն կան նաև տվյալներ, որ ԱՄԲ+ԻՔՄԻ-ի արդյունքում կայացած հղիությունների դեպքում բնածին արատների հաճախությունը ավելի բարձր չի եղել ինքնաբեր հղիությունների համեմատությամբ (Banker M. et al., 2019):

Ցավոք սրտի, ներկայումս չկա միասնական կարծիք այն մասին, թե արդյոք նորածինների առողջական խնդիրները կապված են ուղղակիորեն ԱՄԲ-ի, թե ծնողների անպտուղ ամուսնության պատճառների հետ (Копылова И.В., Витязева И.И., 2012):

Նշված հարցերի վերաբերյալ գիտական հետազոտությունների արդյունքները զգալիորեն տարբերվում են, ինչը ընդգծում է ԱՄԲ արդյունքում կայացած հղիության ընթացքի առանձնահատկությունների մանրակրկիտ և խորացված ուսումնասիրության անհրաժեշտությունը (Скворцова М.Ю., Прилуцкая С.Г., 2016): ԱՄԲ-ից հետո կայացած հղիության բարդությունների հայտնաբերումն ու վաղ ախտորոշումը, դրանց կանխարգելմանն ու բուժման տարբերակված մոտեցումը, ինչպես նաև լավագույն ժամկետներում ծննդալուծման ռացիոնալ մեթոդի ընտրությունը թույլ կտան նվազեցնել պտղի պերինատալ հիվանդացությունն ու մահացությունը (Егорова А.Т. и соавт., 2015):

**Ներկա հետազոտության նպատակը** տարբեր ծագման անպտղությամբ կանանց շրջանում ԱՄԲ-ից հետո կայացած միապտուղ հղիության և ծննդաբերության ընթացքի առանձնահատկությունների հայտնաբերումն է:

**Հետազոտության հիմնական նպատակին համապատասխան դրվել են հետևյալ խնդիրները:**

1.Որոշել ԱՄԲ-ից հետո միապտուղ հղիության բարդությունների հաճախությունն ու կառուցվածքը հղիության տարբեր ժամկետներում՝ կախված անպտղության գործոնից:

2.Որոշել ԱՄԲ-ից հետո կայացած միապտուղ հղիությունների դեպքում կեսարյան հատման ճանապարհով և բնական ծննդաբերական ուղիներով ծննդալուծման հաճախությունը:

3.Որոշել ԱՄԲ-ից հետո կայացած միապտուղ հղիությունների դեպքում կեսարյան հատման ճանապարհով ծննդալուծման ցուցումները:

4.Գնահատել ԱՄԲ-ից հետո կայացած միապտուղ հղիությունից ծնված նորածինների վիճակը ԿՀ ճանապարհով և բնական ծննդաբերական ուղիներով ծննդալուծումից հետո՝ կախված անպտղության գործոնից:

5.Մշակել անպտղության տարբեր գործոններով կանանց մոտ ԱՄԲ-ից հետո կայացած միապտուղ հղիությունների դեպքում հղիության, ծննդաբերության և վաղ հետծննդյան շրջանի վարման սկզբունքները:

6.Անցկացնել ԱՄԲ տարբեր մեթոդների (ԱՄԲ, ԱՄԲ + ԻՔՄԻ, սառեցված սաղմերի տեղափոխում (ՄՍՏ)) համեմատական գնահատում՝ կախված «take home baby» ցուցանիշից:

### **Գիտական նորույթը**

Մեր հետազոտության ընթացքում ուսումնասիրվել են ԱՄԲ-ի արդյունքում կայացած միապտուղ հղիությունների ընթացքն ու ելքերը, մասնավորապես որոշվել է վերարտադրողական կորուստների և պերինատալ ելքերի բնույթը՝ կախված անպտղության գործոնից և ԱՄԲ մեթոդից: Հետազոտվող խմբի մեջ չեն ներառվել բազմապտուղ հղիությամբ կանայք, որն ինքնին անբարենպաստ ազդեցություն է թողնում հղիության ընթացքի և ելքի վրա: Հղիության բարենպաստ ելք է համարվել <<take home baby>> ցուցանիշը:

Կատարվել է ԱՄԲ-ից հետո վերարտադրողական կորուստների պատճառների վերլուծություն: Որոշվել է ԱՄԲ ծրագրերին մասնակցած կանանց ծննդալուծման մեթոդի ընտրության կախվածությունը անպտղության գործոնից, ԱՄԲ մեթոդից և միապտուղ հղիության տարբեր ժամկետներում զարգացող բարդությունների բնույթից:

### **Գործնական նշանակությունը**

Հետազոտության արդյունքները թույլ են տվել հայտնաբերել ԱՄԲ-ից հետո կայացած միապտուղ հղիության առավել հաճախ հանդիպող բարդությունները, նաև որոշվել են վերարտադրողական կորուստների վտանգի գործոնները, մանկաբարձական բարդությունների բնույթն ու ժամկետները՝ անպտղության տարբեր գործոնների դեպքում:

Որոշվել են ԱՄԲ արդյունքում կայացած միապտուղ հղիություններից ծնված նորածնային բարդությունների հաճախությունն ու բնույթը:

## **Ներդրումը գործնական առողջապահությունում**

Կատարված հետազոտությունների արդյունքները և գործնական առաջարկությունները ներդրել են ՀՀ ԱՆ մոր և մանկան առողջության պահպանման ԳՀԿ մանկաբարձական և գիտա-պոլիկլինիկական բաժինների, Երևանի պետական բժշկական համալսարանի հետդիպլոմային կրթության մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ամբիոնի, «Էրեբունի» բժշկական կենտրոնի կլինիկական աշխատանքներում:

### **Տպագրված աշխատանքներ**

Ատենախոսության թեմայով տպագրվել է 3 գիտական աշխատանք:

### **Աշխատանքի նախապաշտպանությունը**

Ատենախոսության նյութն ու հիմնական դրույթները գեկուցվել և քննարկվել ՀՀ ԱՆ մոր և մանկան առողջության պահպանման ԳՀԿ-ի գիտական խորհրդի նիստին (Երևան, 2022):

### **Աշխատանքի կառուցվածքն ու ծավալը**

Ատենախոսությունը շարադրված է 120 էջի վրա, կազմված է ներածությունից, գրականության տեսությունից, նյութի և մեթոդների նկարագրությունից, սեփական դիտարկումների արդյունքները արտացոլող գլխից, ստացված արդյունքների վերլուծությունից, եզրակացություններից, գործնական առաջարկություններից և գրականության ցանկից, որը պարունակում է 176 աղբյուր: Դրանցից 74-ը ռուսալեզու և 102-ը անգլալեզու հեղինակներ են: Աշխատանքը պարունակում է 19 աղյուսակ և 7 նկար:

## **Հետազոտության նյութն ու մեթոդները**

Կատարվել է անպտղության կապակցությամբ բացված հիվանդության պատմագրերի ռետրոսպեկտիվ հետազոտություն և ուսումնասիրվել են ԱՄԲ արդյունքում կայացած միապտուղ հղիության և ծննդաբերության ընթացքի առանձնահատկությունները 229 կնոջ մոտ, որոնք ծննդալուծվել են «Էրեբունի» ԲԿ-ում և Մոր և մանկան առողջության պահպանման գիտահետազոտական կենտրոնում 2016-2018 թթ.:

Գանանց վերը նշված խումբը կազմել է հիմնական խումբը: Հիմնական խումբը բաժանվել է 4 ենթախմբի՝ ելնելով ԱՄԲ կիրառման մեթոդներից: ԱՄԲ մեթոդի ընտրությունը (ԱՄԲ կամ ԱՄԲ + ԻՔՄԻ մեթոդի կիրառմամբ) կատարվել է՝ ելնելով սերմնահեղուկի որակից: Արդյունքում ձևավորվել է 4 խումբ.

I – 72 կին, որոնց մոտ հղիությունը զարգացել է ԱՄԲ-ից հետո

II – 81 կին, որոնց մոտ հղիությունը զարգացել է ԱՄԲ-ից + ԻՔՄԻ մեթոդի կիրառմամբ

III – 36 կին, որոնց մոտ հղիությունը զարգացել է ԱՄԲ միջոցով ստացված սառեցված սաղմերի տեղափոխումից (ՍՍՏ) հետո

IV– 40 կին, որոնց մոտ հղիությունը զարգացել է ԱՄԲ + ԻՔՄԻ մեթոդի կիրառմամբ ստացված ՍՍՏ-ից հետո

Ներկայացված խմբերից յուրաքանչյուրում առանձնացվել են անսպողության էնդոկրին և փոդ-որովայնամզային գործոններով կանայք:

Հսկիչ խումբը կազմել են 50 կին՝ անամնեզում անսպողության բացակայությամբ և ինքնաբեր զարգացած հղիությամբ:

Վերոնշյալ սկզբունքների համաձայն ձևավորվել է 8 կլինիկական ենթախումբ: Նշված կլինիկական խմբերը համեմատվել են՝ հաշվի առնելով հղիության բարդությունների բնույթը, ինչպես նաև մայրական և պտղային ելքերը:

#### **Հետազոտության մեթոդները**

Բոլոր կանանց մոտ իրականացվել է հետազոտությունների համալիր, որը բացի ընդունված հետազոտություններից ներառել է հետազոտության մի շարք լրացուցիչ մեթոդներ:

**Քաշա-հասակային ցուցանիշներ:** ՄՁԻ-ն հաշվարկվել է ՄՁԻ=զանգված (կգ)/հասակ<sup>2</sup>(մ) բանաձևով՝ ճարպակալման խմբի միջազգային դասակարգման կիրառմամբ (Internatioanal Obesity Task Force-IOTF):

**Ուլտրաձայնային հետազոտություն** կատարվել է բոլոր հղիներին՝ դինամիկ ֆետոմետրիայի ցուցանիշների որոշման LOGIQ 7 Medical Systems (ԱՄՆ) սարքով, 3,5 ՄՀց հաճախականությամբ, կոնվեքսային տվիչի կիրառմամբ, երկչափ (2D) էխոտեժիմում, ընդունված մեթոդիկայով:

**Կարդիոտոկոգրաֆիան (ԿՏԳ)** կատարվել է 40 րոպեի ընթացքում հետևյալ ցուցանիշների գնահատումով՝ պտղի սրտի զարկերի հաճախության բազալ ռիթմ, ակցելերացիաների թիվ 10 րոպեում, դեցելերացիաների թիվ 10 րոպեում:

**Հղիության առաջին սկրինինգը** կատարվել է հղիության 11-13 շաբաթական ժամկետներում: Բիոքիմիական սկրինինգը կատարվել է 2 ցուցանիշների՝ ազատ β-ՄԽԳ-ի (β-HSG) և հղիության հետ կապված պլազմայի պրոտեին A-ի (PAPP-A) որոշման միջոցով:



**Հղիության երկրորդ սկրինինգը** կատարվել է հղիության 16-20 շաբաթական ժամկետներում: Բիոքիմիական սկրինինգը կատարվել է  $\beta$ -ՄՆԳ-ի, ազատ էստրիոլի և  $\alpha$ -ֆետոպրոտեինի որոշմամբ:

**Արգանդ-պլացենտար արյունահոսքի դոպլերոմետրիան** կատարվել է հղիության 22-24 և 32-34 շաբաթական ժամկետներում գունավոր դոպլեր-քարտեզագրման միջոցով, կորեական «Մեդիսոն» ընկերության արտադրության SA9900 PLUS (Accuvix XQ) սարքով:

**Հեստացիոն շաքարային դիաբետի (ՀՇԴ) ախտորոշում:**

ՀՇԴ ախտորոշվել է ներքոնշյալ չափանիշներից որևէ մեկի առկայության դեպքում՝

- անոթի գլյուկոզան արյան պլազմայում  $\geq 5,1$  մմոլ/լ, սակայն  $< 7,0$  մմոլ/լ հղիության ցանկացած ժամկետում;
- անոթի գլյուկոզան արյան պլազմայում  $\geq 5,1$  մմոլ/լ, սակայն  $< 7,0$  մմոլ/լ հղիության 24-28 շաբաթական ժամկետներում՝ 75 գրամ գլյուկոզայով երկժամյա գլյուկոզայի տոլերանտության օրալ թեստը կատարելիս;
- գլյուկոզան արյան պլազմայում՝ գլյուկոզայով ստանդարտ ծանրաբեռնվածությունից 1 ժամ հետո  $\geq 10,0$  մմոլ/լ;
- գլյուկոզան արյան պլազմայում՝ գլյուկոզայով ստանդարտ ծանրաբեռնվածությունից 2 ժամ հետո  $\geq 8,5$  մմոլ/լ:

**Նորածինների գլխուղեղի նեյրոսոնոգրաֆիան** կատարվել է «Aloka ProSound SSD-alpha-5» (Ճապոնիա) սարքով միջզգաղթունային (մեծ գաղթունի միջով) և տրանսկրանիալ (քունքոսկրերի և գագաթոսկրերի միջով) մեթոդների զուգակցմամբ:

**Ստացված տվյալների վիճակագրական վերլուծությունը** կատարվել է Microsoft Excel 2007 ծրագրի միջոցով: Որոշվել են նկարագրական վիճակագրության հիմնական ցուցանիշները, հաշվարկվել է Ստյուդենտի  $t$  չափանիշը: Ստացված արդյունքները ներկայացված են  $M \pm m$ -ով, տոկոսներով: Տարբերությունները համարվել են նշանակալի՝ սխալի 5% ( $p \leq 0,05$ ) հավաստիության դեպքում:

**ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ և ԴՐԱՆՑ ՔՆՆԱՐԿՈՒՄԸ**

Ներկայումս աշխարհում կիրառվում են այնպիսի ՕԿՏ տեխնոլոգիաներ, ինչպիսիք են՝ ԱՄԲ-ն, ԱՄԲ+ԻՔՄԻ-ն, սեռական բջիջների դոնորությունը, փոխնակ մայրությունը, օնկոլոգիական հիվանդների մոտ պտղաբերության պահպանումը՝ նրանց ձվաբջիջների

սառնապահպանման ճանապարհով և այլն: Դրա հետ մեկտեղ ԱՄԲ ծրագրերի արդյունավետությունը չի բավարարում մասնագետներին՝ ոչ միայն հղիությունների զարգացման հաճախությամբ, այլև հղիությունների ընթացքի և ելքերի առանձնահատկություններով: Հղիության ընդհատվելը և ՎՕ հաճախությունը վաղ ժամկետներում շարունակում է մնալ բարձր:

Նշված հանգամանքը պայմանավորում է այնպիսի հետազոտությունների արդիականությունը, որոնք վերաբերում են ոչ միայն ԱՄԲ ծրագրերի արդյունավետության ուսումնասիրությանը, այլ նաև ԱՄԲ-ից հետո կայացած հղիությունների ընթացքի առանձնահատկություններին և բարդությունների հաճախությանը: Նման ասպեկտների ուսումնասիրությանն էլ ուղղված է մեր հետազոտությունը:

Մեր աշխատանքի արդյունքների համաձայն անպտղության էնդոկրին գործոնով հղիների միջին տարիքը կազմել է  $30,8 \pm 4,11$  տարեկան, ինչը համապատասխանել է անպտղության փող-որովայնամզային գործոնով կանանց խմբի միջին տարիքին՝  $30,7 \pm 4,02$  տարեկան: Բերված ցուցանիշները որոշակիորեն բարձր են եղել նմանատիպ ցուցանիշներից ( $26,6 \pm 4,11$  տարեկան) բնական ճանապարհով հղիացած կանանց համեմատությամբ:

ԱՄԲ ծրագրերում ընդգրկված կանանց բարձր տարիքի մասին նշում են նաև մյուս հետազոտողները: Այսպես, անպտղության էնդոկրին գործոնով կանանց շրջանում միջին տարիքը եղել է  $33,43 \pm 0,30$  տ. : Գործնականորեն համանման տվյալներ են նշում նաև այլ հեղինակներ՝  $32,6 \pm 4,23$  տարեկան :

Հետազոտված խմբի տարիքային բնութագրերի նկատմամբ մեծ ուշադրությունը պայմանավորված է նրանով, որ կնոջ տարիքին գուրնթաց ձվաբջիջների քանակի և որակի անկման հետ մեկտեղ փոքրանում է նաև բարձր որակի սաղմերի թիվը, ինչը կարող է ազդեցություն ունենալ ոչ միայն ԱՄԲ ելքերի, այլ նաև հղիության ընթացքի առանձնահատկությունների և բարդությունների հաճախության վրա:

Դիտարկման արժանի մյուս առանձնահատկությունը հետազոտված կլինիկական խմբերում կանանց մարմնի հավելյալ քաշի և ճարպակալման հաճախությունն է: Հայտնի է, որ ճարպակալումով հղիների մոտ հղիությունը և ծննդաբերությունը ուղեկցվում են մի շարք բարդություններով :

Մեր հետազոտության ընթացքում անպտղության էնդոկրին և փող-որովայնամզային գործոններով կանանց խմբերում ՄՁԻ-ի միջին արժեքների համեմատության արդյունքում պարզվել է, որ դիտարկվող

ցուցանիշը A խմբերում հավաստիորեն բարձր է եղել B խմբերի համեմատ (25,6±3,53 ընդդեմ 24,1±3,50,  $p<0,05$ ): Ընդ որում, նշված առանձնահատկությունը պահպանվել է նաև անպտղության էնդոկրին գործոնով և հսկիչ խմբի կանանց ՄՋԻ-ի միջին արժեքները համեմատելիս ( $p<0,05$ ): Մինչդեռ տվյալ ցուցանիշի տարբերությունը անպտղության փոդորովայնամզային գործոնով և հսկիչ խմբի կանանց միջև հավաստի չի եղել ( $p>0,05$ ):

Այսպիսով ըստ մեր ստացած տվյալների ճարպակալումը առավել հաճախ՝ դեպքերի գրեթե կեսում (45,1%) առկա էր անպտղության էնդոկրին գործոնով կանանց շրջանում:

Անպտղության էնդոկրին և փոդորովայնամզային գործոններով կանանց սումատիկ անամները բարդացած էր գրեթե հավասարապես՝ կազմելով համապատասխանաբար 39,0% և 41,2%, իսկ անպտղությամբ կանանց ողջ խմբի համար՝ 40,2%: Միննույն ժամանակ հսկիչ խմբում բարդացած սումատիկ անամները հանդիպել է ավելի քիչ՝ դեպքերի միայն 26%-ում ( $p<0,05$ ):

Փոդորովայնամզային գործոնով անպտղությամբ կանանց շրջանում էնդոկրին խանգարումներ առկա են եղել միայն դեպքերի 1,7%-ում, իսկ անպտղության էնդոկրին գործոնով կանանց շրջանում դիտարկվող ցուցանիշը աճել է մինչև 120,4% (մի շարք դեպքերում դիտվել է մի քանի էնդոկրին խանգարումների գուգակցում):

Ուշադրության է արժանի անպտղության էնդոկրին գործոնով յուրաքանչյուր 10-րդ կնոջ անամներում փոքր կոնքի օրգանների վրա նախկինում կատարված վիրահատությունների առկայության փաստը:

Հետազոտված կլինիկական խմբերի կանանց մոտ հաճախ են դիտվել նաև միզասեռական վարակներ: Ընդ որում այդ վարակներից առավել հաճախ հանդիպել է ուրեոպլազմոզը, որը անպտղությամբ տառապող բոլոր կանանց մոտ հայտնաբերվել է 16,2%-դեպքում, մինչդեռ փոդորովայնամզային գործոնով անպտղությամբ կանանց խմբում այն կազմել է գրեթե 25,9%: Երկրորդ առավել հաճախ հանդիպող միզասեռական վարակը եղել է խլամիդիոզը, որը անպտղության էնդոկրին գործոնով կանանց խմբում կազմել է 3,5%, իսկ անպտղության փոդորովայնամզային գործոնով կանանց մոտ՝ 19,8%: Կանանց ողջ հետազոտված խմբի համար դիտարկվող ցուցանիշը կազմել է 11,8%:

Այսպիսով, կատարված վերլուծությունը հնարավորություն է ընձեռել վերհանել ԱՄԲ ծրագրերին մասնակցող կանանց անամներստիկ բնութագրերը՝ ՄՋԻ-ի ոչ նորմալ ցուցանիշների և միզասեռական

վարակների բարձր հաճախությունը: Բացի այդ, կանանց զգալի մասի մոտ նախկինում կատարված են եղել վիրահատական միջամտություններ փոքր կոնքի օրգանների շրջանում: Հասկանալի է, որ նշված փաստերը բերում են ոչ միայն անպտղության զարգացմանը, այլ նաև հետագայում կայացող հղիության բարդությունների զարգացման:

Ըստ մեր տվյալների հետազոտված կանանց բոլոր խմբերին բնորոշ էր հղիության ընդհատման սպառնալիքի բարձր հաճախությունը, որը կազմել է 62,9%, իսկ հսկիչ խմբի համար տվյալ ցուցանիշը ընդամենը 10% էր՝ գրեթե 6 անգամ ավելի քիչ ( $p < 0,01$ ): Անպտղության էնդոկրին գործոնով կանանց համար այս դիտարկվող ցուցանիշը եղել է 70,8%, իսկ անպտղության փոդորովայնամզային գործոնով կանանց մոտ՝ 55,2%: Վերը նշված քանակական ցուցանիշները թույլ են տալիս պնդել, որ ԱՄԲ արդյունքում կայացած հղիություններին բնորոշ է հղիության ընդհատման սպառնալիքի բարձր հաճախությունը, ինչը կախված չէ անպտղության գործոնից: Ընդ որում ԱՄԲ-ից հետո կայացած հղիությունների ընդհատման սպառնալիքի առումով առավել վտանգավոր են հղիության մինչև 10 շաբաթական ժամկետները:

Տվյալ եզրահանգումը կիսում են նաև այլ հետազոտողներ, որոնց կողմից հաստատվել է, որ անկախ անպտղության ծագումից հղիության I եռամսյակը բնութագրվում է հղիության ընդհատման սպառնալիքի բարձր հաճախությամբ (42%-ից մինչև 75%) :

Թերևս կան նաև աշխատանքներ, որոնց համաձայն ԱՄԲ-ից հետո կայացած հղիությունների ընդհատման սպառնալիք դիտվել է միայն 21% դեպքում :

Ինչ վերաբերում է հղիության կրելախախտի հաճախության կախվածությանը ԱՄԲ կիրառման մեթոդից, ապա դիտարկվող ցուցանիշը էական փոփոխությունների չի ենթարկվել: Տվյալ հանգամանքը թույլ է տվել մեզ եզրակացնել, որ հղիության ընդհատման սպառնալիքի հաճախությունը կախված չէ ԱՄԲ մեթոդից:

Որպես հղիության վաղ ժամկետներում ընդհատման սպառնալիքի բարձր հաճախության հետևանք պետք է դիտարկել նաև այնպիսի ցուցանիշը, ինչպիսին վիժումների հաճախությունն է: Վերջինս անպտղության էնդոկրին գործոնով կանանց շրջանում, որոնք հղիացել են ԱՄԲ-ից ստացված ՄՍՏ արդյունքում 2 անգամ զերազանցել է նույն ցուցանիշը անպտղության փոդորովայնամզային գործոնով կանանց շրջանում, որոնք հղիացել են ԱՄԲ+ԻՔՄԻ-ից ստացված ՄՍՏ արդյունքում: Ինչ վերաբերում է հղիության ինքնաբեր ընդհատման հաճախությանը

կախված հղիության ժամկետից, ապա այն առավել բարձր է եղել 7-10 շաբաթական ժամկետներում և կազմել է 6,1%:

Մեր հետազոտություններում սակավարյունությունը անպտղությամբ կանանց շրջանում դիտվել է դեպքերի գրեթե կեսում՝ 45,9%, իսկ հսկիչ խմբում եղել է կանանց միայն 18%-ի մոտ: Սակավարյունության դեպքերի զգալի գերակշռումը հսկիչ խմբի համեմատությամբ դիտվել է ինչպես անպտղության էնդոկրին, այնպես էլ փոդ-որովայնամզային գործոնով կանանց շրջանում (համապատասխանաբար 54% և 41,4%):

Մյուս առանձնահատկությունը, որը արժանի է ուշադրության դա ՀՇԴ զարգացման հաճախությունն է: Մեր հետազոտության ընթացքում ԱՄԲ արդյունքում հղիացած կանանց շրջանում վերջինս ախտորոշվել է 4,8% դեպքում, իսկ հսկիչ խմբում՝ 2 անգամ ավելի քիչ ( $p < 0,05$ ): ՀՇԴ հաճախության զգալի տարբերություններ անպտղության էնդոկրին և փոդ-որովայնամզային գործոնով կանանց շրջանում չեն եղել (4,4% ընդդեմ 5,2%-ի):

ՀՇԴ ախտորոշման հաճախությունը անպտղությամբ կանանց շրջանում աճել է հղիության ժամկետին զուգընթաց և հասել է առավելագույնի III եռամսյակում (3,9% ընդդեմ 1,3%-ի հղիության վաղ ժամկետներում):

Պետք է նշել, որ ժամանակակից հեղինակները բերում են փոքր-ինչ ավելի բարձր ցուցանիշներ: Նշվում է, որ ՀՇԴ հաճախությունը հավաստիորեն տարբերվել է ԱՄԲ արդյունքում հղիացած կանանց շրջանում ( $15,4 \pm 0,4 \%$ )՝ հսկիչ խմբի համեմատությամբ:

Հաստատվել են ՀՇԴ-ի մի քանի ռիսկի գործոններ, որոնք առկա են եղել մեր կողմից հետազոտված կանանց մոտ: Դրանք են՝ բարձր տարիքը, ՁՊՀ-ն և in vitro բեղմնավորումը:

Ինչ վերաբերում է ՊԷ զարգացմանը, ապա վերջինս ԱՄԲ արդյունքում հղիացած կանանց շրջանում դիտվել է 6,1% դեպքում, մինչդեռ հսկիչ խմբում՝ 2% դեպքում: Ընդ որում ՊԷ հաճախությունը կախված չի եղել անպտղության գործոնից՝ անպտղության էնդոկրին գործոնի դեպքում կազմելով 6,2%, իսկ անպտղության փոդ-որովայնամզային գործոնի դեպքում՝ 6,0%:

ԱՄԲ մեթոդից կախված ՊԷ հաճախության էական տարբերություններ չեն դիտվել:

Որոշ հեղինակներ նշում են ԱՄԲ արդյունքում հղիացած կանանց շրջանում ՊԷ ավելի բարձր հաճախության տվյալներ: Այսպես, III եռամսյակում անպտղության էնդոկրին գործոնով կանանց շրջանում ՊԷ

հաճախությունը կազմել է 36% (Мамедалиева Н.М. и соавт., 2019): Հանդիպում են էլ ավելի բարձր ցուցանիշներ ևս՝ 60,2±0,2% (Аржанова О.Н. и соавт., 2019): Սակայն միևնույն ժամանակ հեղինակները չեն մատնանշում ՊԵ ախտորոշիչ չափանիշները, որոնք կարող են էական ազդեցություն ունենալ դիտարկվող ցուցանիշի վրա:

Մեր հետազոտությունում՝ հսկիչ խմբում և անպտղությամբ կանանց շրջանում, ծննդաբերությունները դեպքերի գրեթե մեծամասնությունում եղել են ժամկետային: Սակայն, եթե հսկիչ խմբում դիտարկվող ցուցանիշը կազմել է 98%, ապա ԱՄԲ ծրագրերում ընդգրկված կանանց շրջանում վերջինս եղել է 77,1% ( $p < 0,05$ ): Այսինքն ԱՄԲ հղիություններին բնորոշ է ՎՕ հաճախության աճը:

Նպատակահարմար ենք համարում ընդգծել, որ անպտղության էնդոկրին գործոնով կանանց շրջանում ՎՕ-ը առավել հաճախ հանդիպել է հղիության 25-27 շաբաթական ժամկետում կազմելով դեպքերի 14,3%-ը, ինչը գրեթե 2 անգամ բարձր է եղել փող-որովայնամզային գործոնով անպտղությամբ կանանց մոտ առկա տվյալ ցուցանիշից ( $p < 0,05$ ):

Այսպիսով, անպտղության էնդոկրին և փող-որովայնամզային գործոնով կանանց շրջանում վաղաժամ ծննդաբերության գործնականորեն նույն հաճախության պայմաններում (համապատասխանաբար 24,2% և 21,8%) անպտղության էնդոկրին գործոնով կանանց մոտ հղիության վաղ ժամկետներում ՎՕ-ը հանդիպել է 2 անգամ ավելի հաճախ:

Մեր դիտարկումների զգալի մասում՝ 75% դեպքում, անպտղությամբ կանայք ծննդալուծվել են կեսարյան հատման ճանապարհով: Վիրահատական ծննդալուծման հաճախությունը անպտղության էնդոկրին և փող-որովայնամզային գործոնով կանանց շրջանում եղել է գործնականորեն նույնը և կազմել է համապատասխանաբար 74.7% և 75.2%: Հսկիչ խմբում վիրահատական ծննդալուծման հաճախությունը կազմել է 6%:

Նպատակահարմար ենք համարում ընդգծել, որ անպտղությամբ կանանց համար բնորոշ է եղել վիրահատական ծննդալուծման զուգակցված ցուցումների առկայությունը՝ միջինը 2 ցուցում յուրաքանչյուր կնոջ համար: Հսկիչ խմբում տվյալ ցուցանիշը կազմել է 1, ինչը 2 անգամ ավելի քիչ է անպտղությամբ կանանց համեմատությամբ:

ԱՄԲ արդյունքում հղիացած և բնական ծննդաբերական ուղիներով ծննդաբերած կանանց շրջանում ինտրանատալ բարդությունների թվում (48 դեպք) գերակշռել են փափուկ ծննդաբերական ուղիների պատռվածքները (37,5%)։ Շեքի պատռվածքները դիտվել են 8,3% դեպքում, հեշտոցի պատերի

պատվածքները՝ 16,7% դեպքում, արգանդի պարանոցի պատվածքները՝ 35,4% դեպքում, Էպիգիտոմիա կատարվել է 33,3% դեպքում: Փափուկ ծննդաբերական ուղիների նշված պատվածքները և շեքահատումը հանդիպել են գրեթե հավասար հաճախությամբ անպտղությամբ կանանց բոլոր խմբերում: Այսպիսով ինտրանատալ և հետծննդյան շրջանի ընթացքը ԱՄԲ ծրագրերին մասնակցած կանանց շրջանում բնութագրվում է բարդությունների զգալիորեն ավելի բարձր հաճախությամբ (փափուկ ծննդաբերական ուղիների վնասվածքներ, շեքահատում, արյունահոսություններ)՝ բնական ճանապարհով հղիացած կանանց համեմատությամբ:

Երբ դիտարկում ենք ՊՆԱԴ-ի հաճախության տվյալները, որը անպտղությամբ կանանց շրջանում դիտվել է գրեթե յուրաքանչյուր 10-րդ դեպքում, ապա հսկիչ խնբում պտղի աճի խանգարումներ չեն դիտվել: Անպտղությամբ մայրերից ծնված նորածինների միջին քաշը կազմել է  $2822,9 \pm 787,9$  գր, մինչդեռ հսկիչ խմբում՝  $3310 \pm 391,9$  գր ( $p < 0,01$ ):

Անշուշտ, բերված փաստերի վրա ազդեցություն է ունեցել անպտղությամբ տառապող կանանց մոտ մինչ հղիությունը և հղիության ընթացքում առկա հիվանդությունների, սեռավարակների բարձր հաճախությունը: Հայտնի է նաև, որ բարդացած սոմատիկ անամնեզը (մասանվորապես քրոնիկական հիվանդությունները, պիելոնեֆրիտը, սալպինգոօվորիտը) պտղի զարգացման խանգարումների պատճառ կարող է հանդիսանալ:

Անոթային հյուսակի կիստաները հայտնաբերվել են 5,7% դեպքում (նկար 1): Նկարագրված դեպքերը ընթացել են անախտանիշ և չեն պահանջել բուժում:



Նկար. 1. Անոթային հյուսակի կիստաներ

Ինչ վերաբերում է պտղի զարգացման արատներին, ապա մեր դիտարկումներում անպտղությամբ կանանց շրջանում դրանք դիտվել են 5 դեպքում՝ 2,6%: Ընդ որում 3 դեպքում առկա է եղել միջնախասարտային պատի բաց օվալ անցք (նկար. 2), իսկ 2 դեպքում՝ պոլիդակտիլիա:



Նկար. 2. Բաց օվալ անցք

Հսկիչ խմբում պտղի զարգացման արատ հանդիպել է 1 դեպքում՝ կազմելով 2%: Էնդոկրին գործոնով անպտղության դեպքում դիտարկվող ցուցանիշը կազմել է 2,2%, իսկ փող-որովայնամզային գործոնի դեպքում՝ 3%, այսինքն դիտվել է հավասար հաճախությամբ ( $p>0,05$ ):

Պետք է նշել, որ հսկիչ խմբի և ԱՄԲ ծրագրերում ընդգրկված մայրերից ծնված նորածինների շրջանում պտղի զարգացման արատների հաճախության համեմատության արդյունքում հավաստի տարբերություններ չեն գտնվել: Տվյալ փաստը, մեր տեսանկյունից, թույլ է տալիս ենթադրել, որ ԱՄԲ պրոցեդուրան չունի անբարենպաստ ազդեցություն պտղի ներարգանդային զարգացման վրա:

Այսպիսով, ներկայացված տվյալները թույլ են տալիս հաստատելու այն տեսակետը, համաձայն որի ԱՄԲ արդյունքում կայացած հղիությունները զուգակցված են շուրջօճնական բարդությունների, վաղաժամ ծննդաբերությունների և նորածինների փոքր զանգվածով ծնվելու ավելի բարձր ռիսկի հետ՝ բնական ճանապարհով կայացած հղիությունների համեմատ: Հղիության բարդությունների ռիսկի խմբի մեջ մտնում են հետևյալ գործոնները՝ ուշ վերարտադրողական տարիքը, բարդացած սոմատիկ կարգավիճակը, էնդոկրինոպաթիաները:

Մեր կողմից կատարված վերլուծությունը թույլ է տվել եզրակացնել, որ ԱՄԲ արդյունքում հղիացած կանանց պետք է դասել բարձր ռիսկի խմբին հղիության, ծննդաբերության բարդությունների (վիրահատական ծննդալուծումների բարձր տոկոս) և վաղ նորածնային շրջանի



ախտաբանության զարգացման առումով: Կանանց դիտարկվող խմբի շրջանում դիտվել է բարդացած գինեկոլոգիական և սոմատիկ անամնեզի բարձր հաճախություն:

### ԵԶՐԱՀԱՆԳՈՒՄՆԵՐ

1. ԱՄԲ-ից հետո կայացած հղիության դեպքում ինքնաբեր վիժման առումով առավել ճգնաժամային է հղիության 7-10 շաբաթական ժամկետը: Հղիության սպառնացող ընդհատման հաճախությունը կախված չէ ԱՄԲ մեթոդից:
2. ԱՄԲ-ից հետո կայացած հղիության դեպքում պրեէկլամպսիան հանդիպում է 3 անգամ ավելի հաճախ բնական ճանապարհով հղիացած կանանց համեմատությամբ:
3. ԱՄԲ արդյունքում հղիացած գրեթե յուրաքանչյուր 5-րդ կնոջ մոտ տեղի է ունեցել վաղաժամ ծննդաբերություն (22,9%), իսկ բնական ճանապարհով հղիացած կանանց շրջանում այդ ցուցանիշը կազմել է 2%՝ առավել քան 10 անգամ պակաս:
4. Կեսարյան հատման առավել հաճախ հանդիպող ցուցումներ են հանդիսացել ծննդաբերական գործունեության անկանոնությունները (17,6% անպտղության փող-որովայնամզային գործոնի դեպքում և 10,5% անպտղության էնդոկրին գործոնի դեպքում), պտղաջրերի վաղաժամ արտահոսքը (համապատասխանաբար 14,7% և 18,4%) և պտղի ներարագանդային վիճակի խանգարումները (համապատասխանաբար 10,3% և 10,5%): Անպտղությամբ կանանց բնորոշ է եղել վիրահատական ծննդալուծման զուգակցված ցուցումների առկայությունը՝ միջինը 2-ական ցուցում յուրաքանչյուր բուժառուի համար:
5. Վաղ նորածնային շրջանի բարդությունների հաճախությունը կանանց լողջ հետազոտված խմբի շրջանում կազմել է բավականին բարձր տոկոս՝ 69,3%: Ընդ որում անպտղության փող-որովայնամզային գործոնի դեպքում դրանք դիտվել են 71,3% դեպքում, իսկ էնդոկրին գործոնի դեպքում այդ ցուցանիշը համապատասխանել է 67,0%-ին: Վաղ նորածնային շրջանի բարդությունների հաճախությունը կախված չէ անպտղության գործոնից ( $p>0,05$ ):
6. «Take home baby» ցուցանիշը էականորեն չի տարբերվել կլինիկական խմբերում և փող-որովայնամզային գործոնով անպտղությամբ կանանց մոտ կազմել է 30,6%, իսկ էնդոկրին գործոնով անպտղությամբ կանանց մոտ 32,1% ( $p>0,05$ ):

## ԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՆԵՐ

1. ԱՄԲ արդյունքում հղիացած կանանց պետք է դասել բարձր ռիսկի խմբին՝ հղիության և ծննդաբերության (վիրահատական ծննդալուծման բարձր տոկոս) բարդությունների և վաղ նորածնային շրջանի ախտաբանության առումով:
2. ԱՄԲ արդյունքում կայացած հղիությունը ունի իր առանձնահատկությունները՝ կախված անպտղության գործոններից, ինչը վկայում է ԱՄԲ արդյունքում հղիացած կանանց անհատական մոտեցման անհրաժեշտության մասին:
3. ԱՄԲ-ը նպատակահարմար չէ դիտարկել որպես պլանային կեսարյան հատման հիմնական ցուցում: Բնական ծննդաբերական ուղիներով ծննդաբերությունը թույլատրելի են երիտասարդ կանանց մոտ, չբարդացած սոմատիկ, մանկաբարձական անամնեզի և հղիության հարթ ընթացքի դեպքում:

## ՀՐԱՏԱՐԱԿՎԱԾ ԱՇԽԱՏԱՆՔՆԵՐԻ ՑԱՆԿ

1. Г.Г. Окоев, А.К. Алексанян- Характер течения гестационного процесса и родов при индуцированной беременности (Обзор литературы) The Medical Journal Erebuni N 1(3) 2017 стр. 48-58
2. Алексанян А. К.-ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР ОСЛОЖНЕНИЙ ИНДУЦИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ GEORGIAN MEDICAL NEWS No 7-8 (268-269) Июль-Август 2017 стр. 63-66
3. Алексанян А. К. -ВСПОМАГАТЕЛЬНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ-ФАКТОР РИСКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ ПЛОДА ԲԺՇԿՈՒԹՅՈՒՆ, ԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ԿՐԹՈՒԹՅՈՒՆ գիտատեղեկատվական հանդես, մայիսի 29 2020թ. 47-52 էջեր

**ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД ОДНОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ  
ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ**

Резюме

Для акушеров-гинекологов и педиатров индуцированная беременность становится повседневной реальностью, что требует оценки состояния здоровья матери и новорожденного и разработки алгоритмов дифференцированного наблюдения.

К сожалению, на сегодняшний день не существует единого мнения о том, связаны ли проблемы здоровья детей непосредственно с ЭКО или с первопричинами бесплодного брака родителей. Результаты научных исследований касательно отмеченных вопросов значительно разнятся, что подчеркивает необходимость тщательного и углубленного изучения особенностей течения индуцированной беременности.

Цель настоящего исследования: определение особенностей течения беременности и родового акта при одноплодной беременности, наступившей в результате экстракорпорального оплодотворения у женщин с бесплодием различного генеза.

Проведено ретроспективное исследование гинекологических анкет по бесплодию и изучен характер течения беременности и родов у 229 женщин, родоразрешенных в НИЦ охраны здоровья матери и ребенка и в МЦ «Эребуни» за 2016-2018 гг. Основная группа была подразделена на 4 подгруппы, исходя из методов ЭКО. Выбор метода ЭКО (ЭКО или ЭКО с применением метода ИКСИ) определялся качеством спермы. В каждой из приведенных групп были выделены пациентки с эндокринным фактором бесплодия и трубно-перитонеальным.

Контрольную групп составили 50 женщин с отсутствием в анамнезе бесплодия и спонтанно наступившей беременностью.

Согласно отмеченным принципам были сформированы 8 клинических групп. Отмеченные клинические группы сравнивались с учетом характера осложнений беременности и ее исходов для матери и плода.

Проведен анализ причин репродуктивных потерь после ЭКО, что позволило дифференцированно проводить профилактику и терапию неблагоприятных исходов.

Следует отметить, что при сравнении частоты пороков развития плода в контрольной группе (2%) и среди детей от матерей, участвующих в программах ВРТ, достоверных различий не установлено. Данный факт, с нашей точки зрения, позволяет предположить об отсутствии неблагоприятного влияния на внутриутробное развитие плода процедур ЭКО.

Проведенный анализ позволил заключить, что женщины с беременностью, наступившей после ЭКО, следует относить к группе высокого риска по развитию осложнений течения беременности, родов (высокий процент оперативных родоразрешений) и патологии раннего неонатального периода. Среди рассматриваемого контингента женщин отмечена высокая частота отягощенного гинекологического анамнеза, соматического статуса. Приведенные особенности свидетельствуют о необходимости ведения женщин после ЭКО с индивидуальным подходом.

Результаты исследования позволили оптимизировать ведение беременности после ЭКО с учетом факторов бесплодия и метода зачатия, что должно способствовать улучшению перинатальных исходов.

Выявлены факторы риска репродуктивных потерь, характер и сроки возникновения акушерских осложнений при бесплодии различного генеза.

Процедура ЭКО обеспечивает лишь эффективное зачатие, но при этом порождает проблему поиска оптимальных подходов к тактике ведения и родоразрешения у женщин с индуцированной беременностью, обеспечивающих минимизацию перинатальных потерь, а также способствующих рождению здорового ребенка и сохранению здоровья матери. Своевременная оценка риска и ранняя диагностика осложнений, современные подходы к ведению беременности позволяют получить здоровое потомство в наиболее сложных случаях.

**ANI K. ALEKSANYAN**  
**THE COURSE AND ISSUE OF A SINGLE FETAL PREGNANCY AFTER IN**  
**VITRO FERTILIZATION**  
**SUMMARY**

Induced pregnancy is getting an everyday reality for obstetrician-gynecologists and pediatricians, which needs evaluation of mother's and newborn's health and setting up of the differentiated follow up algorithms of.

Unfortunately, there is currently no consensus whether the infant health issues are directly tied with IVF or with infertility causes. The scientific data regarding the mentioned issues differ considerably, which underlines the necessity of thorough and deep investigation of induced pregnancy management.

The purpose of the current study is to reveal the characteristics of singleton pregnancies and deliveries among women with different types of infertility who became pregnant through IVF.

We conducted a retrospective investigation of 229 case reports containing information of infertility and the course of pregnancy and delivery. All women delivered at the Research Center of Maternal and Child Health Protection and, Erebuni, MC in 2016-2018yy. Based on the IVF method the main group was subdivided into 4 subgroups. Choice of the IVF method (IVF or IVF with ICSI) was determined by the sperm quality. Patients with endocrine and tubo-peritoneal factors of infertility were isolated in each group.

The main group was constructed from 50 women with an absence of infertility in their anamnesis and spontaneously developed pregnancy.

As a result, they were formed 8 clinical subgroups.

Mentioned clinical groups were compared considering the differences between the pregnancy difficulties and maternal and fetal outcomes.

Thus, they were not found any reliable differences as a result of the comparison of the incidence of fetal malformations among newborns born to mothers included in the main group and IVF method programs. This fact allows to suppose that IVF method does not have any negative effects on the intrauterine development of the fetus.

The analysis of reproductive losses causation after IVF was conducted, which allowed to perform differentiated prevention and treatment of unfavorable outcomes.

To conclude, women who conceived after IVF must be considered a high risk group for pregnancy and delivery complications (high percentage of operative

deliveries) as well as pathology of early neonatal period. High frequency of complicated gynecological and somatic history was revealed among the study population.

Presented facts indicate the need for an individual approach to management of pregnancies after IVF.

The risk factors of reproductive losses, character and terms of obstetrical complications for infertility of different origin were revealed.

Thus, IVF procedure provides only effective conception, but at the same time it bears a problem of search for optimal approaches to management and delivery of women with induced pregnancy, which will provide minimisation of reproductive losses, as well as birth of healthy infants and mother`s health preservation. The timely evaluation of the risk, early diagnosis of complications and modern approaches to pregnancy management allow to have healthy offspring in the most complicated cases.